

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS AUTO INFORMADAS EN ADULTOS
MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA COMUNA 18 DE SANTIAGO DE CALI, 2009**

**Santiago de Cali
2012**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS AUTO INFORMADAS EN ADULTOS
MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA COMUNA 18 DE SANTIAGO DE CALI, 2009**

**Trabajo de investigación para optar al título de
Maestría en Salud Pública**

**Investigadora
LYDA RUTH GARCIA SERNA
Enfermera
Candidata a Maestría en Salud Pública
Código No. 200506279**

**Directora de Tesis: Dra. ANGELA MAYERLY CUBIDES
Terapeuta Respiratoria
Magister en Epidemiología**

Santiago de Cali, julio de 2012

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, Julio de 2012

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus más sinceros agradecimientos:

A la Doctora Ángela Cubides por su acompañamiento durante este proceso y por todos sus aportes.

Al cuerpo docente y administrativo de la Fundación Universitaria San Martín y al Grupo de Investigación en Salud Pública (GISAP) que hicieron posible el desarrollo de esta investigación

A los líderes y grupos comunitarios de la comuna 18 de Santiago de Cali, que participaron activamente en el Macroproyecto y continúan apoyando la ejecución de este tipo de estudios en su comunidad

Tabla de contenido

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2.	ESTADO DEL ARTE.....	4
2.1.	Definición y Características de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles	4
2.2.	Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....	4
2.3.	Factores de Riesgo relacionados con Enfermedades Crónicas no Transmisibles	7
3.	MARCO TEORICO	10
3.1.	Características del Modelo Biopsicosocial.....	12
3.2.	Implicaciones clínicas del modelo biopsicosocial:.....	12
3.3.	Dimensión Biológica	13
3.4.	Dimensión Psicológica	13
3.5.	Dimensión Social	14
4.	OBJETIVOS	15
4.1.	Objetivo General.....	15
4.2.	Objetivos Específicos	15
5.	METODOLOGÍA.....	16
5.1.	Diseño de Estudio	16
5.2.	Área de Estudio.....	16
	Fuente: Alcaldía Santiago de Cali. Secretaría de Desarrollo y Bienestar Social	17
5.3.	Población Objetivo	17
5.3.1.	Población de Estudio	18
5.3.2.	Diseño de Muestreo	18
5.3.3.	Calculo del tamaño de muestra.....	19
5.3.4.	Fracción de muestreo	20
5.4.	Criterios de Selección	22
5.5.	Variables	23
5.5.1.	Definición de la variable dependiente.....	23
5.5.2.	Definición de variables independientes	24

5.6.	Recolección de Información	26
5.6.1.	Trabajo de Campo	26
5.6.2.	Control de la calidad de los datos.....	27
5.6.3.	Procesamiento de los datos	27
5.7.	Plan de Análisis	28
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
7.	RESULTADOS.....	30
7.1.	Prevalencia de enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.....	30
7.2.	Descripción de las características biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	33
7.3.	Características psicológicas de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.	34
7.4.	Características sociales de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	35
7.5.	Factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con enfermedades crónicas auto informadas en adultos mayores no Institucionalizados de la comuna 18 de la Ciudad de Santiago de Cali, 2009	38
7.5.1.	Enfermedad crónica auto informada y factores biológicos de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.....	38
7.6.	Enfermedad crónica auto informada y factores psicológicos de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.....	39
7.7.	Enfermedad crónica auto informada y factores sociales de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.....	40
8.	DISCUSION	43
8.1.	Fortalezas y debilidades	45
8.2.	Implicaciones para la Salud Publica.....	46
8.3.	Futuros Estudios	48
9.	CONCLUSIONES.....	49
10.	REFERENCIAS	50

Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de la población según género y grupos de edad, Comuna 18 de Santiago de Cali, año 2005	18
Tabla 2 Número de manzanas según estrato socioeconómico para el diseño del muestreo	19
Tabla 3 Muestra planeada, muestra final de manzanas y fracciones de muestreo total y por estrato	21
Tabla 4 Tamaño de la muestra	21
Tabla 5 Definición operacional de la variable dependiente	23
Tabla 6 Operacionalizacion de Variables Biológicas	24
Tabla 7 Operacionalizacion de variables Psicológicas	24
Tabla 8 Operacionalizacion de Variables sociales	25
Tabla 15 Prevalencia de enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	30
Tabla 16 Enfermedades crónicas auto informadas por los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	32
Tabla 9 Características biológicas de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	33
Tabla 10 Clasificación del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	33
Tabla 12 Consumo de medicamentos en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	34
Tabla 13 Autopercepcion de depresión en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	34
Tabla 14 Características familiares de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	36
Tabla 11 Consumo de alcohol, tabaco y actividad física en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	37

Tabla 17 Factores biológicos relacionados con la presencia de enfermedad crónica en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	38
Tabla 20 Relación del índice de masa corporal y enfermedad crónica en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009	39
Tabla 21 Relación entre depresión y enfermedad crónica en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009	39
Tabla 18 Características familiares y enfermedad crónica en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009	41
Tabla 19 Factores de riesgo del comportamiento y enfermedad crónica en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009	41

Lista de Figuras

Figura 1 Modelo Biopsicosocial	10
Figura 2 Mapa comuna 18 de Santiago de Cali	17

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El mundo está envejeciendo rápidamente; se estima que para el año 2050 la población de adultos mayores definida como la que tiene 60 años o más, se habrá duplicado, de un 11% en el 2009 a un 22%; el rápido crecimiento de este segmento de la población impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. En la economía se afectará el desarrollo, el crecimiento económico, los mercados de trabajo y en el ámbito social, se afectarán los sistemas de jubilación, pensiones; los sistemas de salud se verán enfrentados a un incremento en la demanda de servicios de salud durante periodos prolongados (1, 2). A medida que la población envejece se presenta un deterioro gradual de las condiciones de salud, por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y si no se tratan adecuada y oportunamente tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedades crónicas no transmisibles como aquellas enfermedades que son permanentes, generan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible y requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o un período largo de supervisión, observación o atención, por lo que generan un impacto importante en los indicadores de años de vida potencialmente perdidos, años de vida ajustados en función discapacidad, carga de enfermedad; entre otras. (4)

Es así como la carga mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles sigue creciendo, estas son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Para el año 2008 las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas causaron 36 millones de defunciones, el 63% del total mundial (57 millones). En los países de ingresos bajos y medianos se registra el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles; alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las condiciones crónicas afecta a personas menores de 60 años. (5-7)

En América Latina y el Caribe la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) evaluó el estado de salud de las personas Adultas Mayores en siete ciudades de la región encontrando que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes en países desarrollados; esta encuesta también ha puesto de relieve la aparición de determinadas enfermedades, como hipertensión, trastornos cardiovasculares, artritis y diabetes que, en este orden,

prevalecen entre los adultos mayores. (8) Asimismo, en América Latina, las enfermedades crónicas contribuyeron en casi el 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad; es así como a partir de la encuesta SABE, se encontró una relación directa entre la presencia de discapacidad y enfermedades crónicas, en particular la diabetes mellitus (DM), la depresión, la artrosis, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y el deterioro cognoscitivo. (9)

En el plano local, Colombia no es ajena al fenómeno de transición demográfica y con ello al incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas. Estas Enfermedades ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, Las enfermedades cardiovasculares, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares. (10)

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en el año 2010, encontró que las enfermedades más diagnosticadas en los adultos mayores eran las enfermedades coronarias, la neumonía o bronconeumonía, hipertensión arterial, artritis, epilepsia y cáncer. Por género, las mujeres presentaron mayores niveles de hipertensión y artritis y los hombres más neumonía. El 45% de los adultos mayores presenta hipertensión arterial, 16% enfermedad del corazón, 11% diabetes y 10% enfermedades pulmonares. (11)

Existe evidencia que las enfermedades crónicas no pueden ser estudiadas desde un solo punto de vista o en forma aislada puesto que estas son multifactoriales, los factores biológicos como la edad, el sexo, el sobrepeso, la obesidad, el consumo de medicamentos, los factores del orden psicológico como la depresión y factores sociales, las redes de apoyo social, el funcionamiento familiar; factores de riesgo del comportamiento que asumen las personas como el consumo nocivo de alcohol, tabaco y el sedentarismo; intervienen en el desarrollo, cuidado y progresión de complicaciones de este grupo de enfermedades. (12-15)

En Colombia se ha determinado la prevalencia de enfermedades crónicas más importantes y en el Valle del Cauca y en el Municipio de Santiago de Cali, se han realizado encuestas sobre factores de riesgo del comportamiento con énfasis en enfermedades cardiovasculares; sin embargo, no existen en la ciudad estudios sobre prevalencia de enfermedad crónica auto informada en la población de Adultos Mayores de 60 años, en los que se identifiquen además de los factores de riesgo del comportamiento, otros factores de tipo psicosocial, que preceden y acompañan a este grupo de enfermedades y favorecen no solo su evolución, sino también el desarrollo de complicaciones. (13)

Por lo anterior y con el propósito de identificar la frecuencia de las enfermedades crónicas auto informadas y los factores de riesgo relacionados que complican e impactan en la disminución de la sobrevida y funcionalidad de este grupo poblacional en una comuna de Cali, la cual cumple con condiciones demográficas y socioeconómicas muy representativas del resto de la ciudad y dada la disponibilidad de los datos del macro proyecto “Estado de Salud y análisis de macrodeterminantes en la comuna 18 de Cali, año 2009”, realizado por El Grupo de Investigación en Salud Publica de la Fundación Universitaria San Martin, se hace prioritario determinar ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas Auto informadas y los factores de tipo biológico, psicológico y social en Adultos Mayores no institucionalizados de la Comuna 18 de Santiago de Cali?

Los resultados de esta investigación permitirán determinar la necesidad de asistencia y servicios de salud y contribuir en la formulación de políticas y programas de promoción de la salud y hábitos de vida saludables, así como programas de prevención secundaria dirigidos a evitar o retardar el desarrollo de complicaciones derivadas de estas enfermedades, las cuales generan un alto costo tanto para el sistema de salud como para el paciente, su familia y la sociedad en general.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1. Definición y Características de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

El grupo de trabajo sobre enfermedades no transmisibles y salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió enfermedades crónicas como aquellas enfermedades de larga duración que pueden ser permanentes, generan discapacidad residual y son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, en general el paciente requiere adiestramiento especial para su rehabilitación o requieren de un período largo de supervisión, observación o atención. (4)

También se ha reconocido que las condiciones crónicas, aumentan continuamente en todo el mundo debido a la transición demográfica, la urbanización y la globalización que conllevan a la adopción de modos de vida poco saludables. (2, 3, 16) El rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades plantea una amenaza para todos los países desde el punto de vista económico y de salud. Los países de ingresos bajos y medianos son los que cuentan con el mayor aumento de las condiciones no transmisibles en la carga de morbilidad. Muchas de estas enfermedades son en gran medida prevenibles, así como la mortalidad temprana evitable mediante intervenciones eficaces de los factores de riesgo. (5, 17) El modo de vida y el comportamiento son factores determinantes primarios de estas condiciones crónicas, entre los factores de riesgo comunes, asociados epidemiológicamente a ellas, se encuentran el tabaquismo, el consumo excesivo e inapropiado de alcohol, la inactividad física, la obesidad, la hipertensión arterial, el perfil lipídico alterado y una dieta inadecuada. (12)

2.2. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Las enfermedades no transmisibles, principalmente las cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, causaron unos 36 millones de muertes en 2008; el 63% de las muertes a nivel mundial, el 80% se presentaron en los países de ingresos bajos y medianos y aproximadamente 16 millones de muertes en personas menores de 60 años de edad. Según proyecciones de la OMS, las muertes por estas causas aumentaran un 17% en los próximos 10 años. (7)

En Estados Unidos, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión, accidente cerebrovascular y la diabetes representan el 80% de las muertes y el 75% de los costes sanitarios. En 2005, 44% de todos los estadounidenses tenían al menos una condición crónica y 13% tenía tres o más. En 2020, se estima que 157 millones de residentes de Estados Unidos tendrá una condición crónica o más. (18)

En España en un estudio realizado en el año 2006 sobre la situación de salud de las personas mayores de 65 años, se encontró que 63,1% de las mujeres y 57,5% de los hombres mayores presentaban al menos una enfermedad crónica; de estas, la hipertensión arterial fue la más frecuente en ambos sexos, el 35,1% de las mujeres y el 23,6% de los hombres presentaba esta condición. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron las enfermedades cardiovasculares con el 23%, las enfermedades respiratorias, 21% en hombres y 13% en mujeres mayores de 75 años y las digestivas se presentó en alrededor del 13% de los hombres y mujeres, así como las neoplasias se presentaron en el 15% de los hombres y el 11% de las mujeres entre los 65 y 74 años. (19)

En América Latina y el Caribe, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematura; en el 2002, representaron el 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad, provocaron dos de cada tres defunciones en la población total y contribuyeron a casi el 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la región (20). Las enfermedades crónicas de mayor importancia para la salud pública en las Américas son, las enfermedades cardiovasculares, entre las que se destacan los accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, hipertensión, diabetes y cáncer, en particular el cervicouterino y de mama en las mujeres; y en hombres el de próstata, pulmón, estómago y colon. (20-22)

En la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizada en siete países de América Latina y el Caribe, durante el año 2000, se encontró que más de las dos terceras partes de la población estudiada padecían al menos una enfermedad crónica. La ausencia de enfermedades crónicas oscila entre 15% y 27 % para las mujeres, en tanto que para los hombres varía entre 27% y 38%. En este estudio la hipertensión arterial aparece como la enfermedad crónica con mayor prevalencia entre los adultos mayores en todas las ciudades que participaron; la tasa de prevalencia de la hipertensión se encontraba por encima del 43% en todos los países, afectando a más de la mitad de la población en Sao Paulo y Santiago. La segunda enfermedad más frecuente fue la artritis, que varía de 23% en México a 53% en Buenos Aires. Las enfermedades de menor prevalencia fueron aquellas asociadas al corazón. (8, 23)

En un estudio sobre prevalencia de enfermedades crónicas realizado en el estado de Chiapas en México en adultos mayores de 60 años, durante el 2009, se estimó una prevalencia auto reportada de hipertensión arterial del 38.3%, depresión 34.5%, diabetes Mellitus 14%, artropatías 8%, demencia senil 4.2%, infarto al miocardio 3%, enfermedad cerebrovascular 2.8% y cáncer 0.9%. La hipertensión arterial se relacionó significativamente con el sexo femenino, la edad (65 y más años) y la inactividad laboral; las artropatías con la edad (65 y más años); y la depresión con la inactividad laboral. La prevalencia de enfermedades crónicas entre los ancianos es elevada; el sexo femenino, la edad (≥ 65 años) e inactividad laboral, fueron las variables con las que se estableció una relación significativa. (24)

En Cuba el estudio sobre el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores de 65 años, realizado en el periodo 2007-2008; encontró hipertensión arterial en el 55 % de la población estudiada, seguida por las enfermedades del corazón, con un 32,3 %, y diabetes 18,3 %, depresión se presentó en el 6,7 % de los casos objeto de estudio. Por sexo, se observó una frecuencia casi similar para hipertensión arterial, diabetes y enfermedad cerebrovascular; no obstante, se observaron diferencias entre mujeres y hombres, como es el caso de la depresión con un predominio en mujeres del 9,6 % y en hombres solo del 0,98%. Otros factores, en cambio, predominaron en los hombres, como el alcoholismo con un 5,9 % de los estudiados y el hábito de fumar con un 37,3 %. A medida que aumenta la edad, se produce un incremento en la frecuencia de las enfermedades crónicas; específicamente en hipertensión arterial con una frecuencia del 52,6 % en el grupo de 65 a 69 años y 63,6 % en 80 años y más. Similar comportamiento presentaron las enfermedades del corazón, con una frecuencia del 28,9 % en el grupo 65 a 69 años, y del 40% en el grupo de 80 y más años. La diabetes presento un comportamiento similar en los diferentes grupos de edades. (25)

En Colombia, según estadísticas del Ministerio de la Protección Social, en el año 2007 las principales causas de mortalidad en hombres mayores de 65 años fueron la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas y tumor maligno de próstata. En las mujeres, la enfermedad isquémica del corazón, cerebrovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas. (26) En Cali para el año 2010 las enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas, respiratorias crónicas, cardiovasculares, tumores y diabetes generaron cerca del 42% de la mortalidad total. (27)

2.3. Factores de Riesgo relacionados con Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Se han identificado diferentes factores que asociados a las enfermedades crónicas favorecen su progresión y el desarrollo de complicaciones, entre los cuales están, los relacionados con el estilo de vida como el consumo de tabaco, dieta inadecuada y sedentarismo; los factores biológicos como la edad, sexo y antecedentes familiares y los determinantes económicos, sociales, culturales, políticos y ambientales que también afectan la salud. Uno de los determinantes más importantes es el estado socioeconómico; los ingresos, la educación, la existencia de redes de ayuda social, etc. Las personas con un nivel económico inferior son más vulnerables a enfermedades crónicas debido a la escasez de medios materiales, el estrés psicológico, a mayores comportamientos de riesgo, condiciones de vida menos saludables y acceso limitado a los servicios de salud. (12, 17, 28-30)

El informe sobre la salud en el mundo de la OMS para el año 2002, identifico los diez factores de riesgo más importantes para la salud a nivel mundial y su relación con la pobreza y las condiciones socioeconómicas. En este informe; se señala que la Hipertensión Arterial (HTA) es un factor de riesgo importante para el desarrollo de accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, entre otras. La hipertensión arterial está relacionada con alimentación inadecuada, obesidad, inactividad física y el consumo excesivo de alcohol; suele ir aumentando gradualmente con la edad, por lo que la mayoría de los adultos tienen niveles de tensión arterial subóptimos para su salud. (12)

El colesterol alto es un factor clave en el desarrollo de aterosclerosis; lo que aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares isquémicos y otras afecciones vasculares. Se estima que el colesterol alto ocasiona el 18% del total mundial de enfermedades cerebrovasculares y el 56% de las cardiopatías isquémicas (12, 30). En España los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular más frecuentes fueron hipercolesterolemia, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y diabetes mellitus. (31)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta en las personas mayores, se considera que más de 1000 millones de adultos de todo el mundo tienen sobrepeso, y al menos 300 millones son clínicamente obesos. El sobrepeso y la obesidad tienen efectos metabólicos adversos en la tensión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina. El riesgo de cardiopatía coronaria, de accidente cerebrovascular isquémico y de diabetes mellitus de tipo 2 aumenta constantemente al elevarse el índice de masa corporal (IMC). La elevación del IMC aumenta también el riesgo de cáncer de mama, colon, próstata, endometrio, riñón y vesícula biliar. Una alimentación sana que incluye el consumo de

frutas y verduras contribuye a prevenir enfermedades cardiovasculares y determinados tipos de cáncer, principalmente del sistema digestivo. Una baja ingesta de frutas y verduras da lugar aproximadamente al 19% de los cánceres gastrointestinales, el 31% de las cardiopatías isquémicas y el 11% de los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial. (12, 32, 33)

La actividad física reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer como el de colon y mama. En general, la actividad física mejora el metabolismo de la glucosa, reduce la grasa en el organismo y disminuye la tensión arterial; se cree que éstos son los principales mecanismos que reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes. La participación en actividades físicas puede mejorar la salud musculo esquelética, contener el peso corporal y reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. (12, 33)

El hábito de fumar aumenta de modo considerable el riesgo de morir por cáncer de pulmón, cáncer de las vías aéreas digestivas superiores, cardiopatía, accidentes cerebrovasculares, afecciones respiratorias crónicas; entre otras. En los países industrializados, donde el hábito de fumar ha estado muy extendido, el tabaquismo origina más del 90% de los cánceres de pulmón en los hombres y aproximadamente el 70% en las mujeres. Además, en esos países las fracciones atribuibles se sitúan entre el 56% y el 80% en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, y en el 22% para las enfermedades cardiovasculares. El alto consumo de alcohol, está relacionado con cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, entre otros (12, 34, 35)

En la población cubana se encontró una prevalencia de tabaquismo de 22% en hombres y 1.5% en mujeres, respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se encontró una prevalencia de 33.7%. La prevalencia de obesidad fue de 31%. La proporción de personas mayores que practica regularmente ejercicio físico en su tiempo libre es muy pequeña 3,3%, algo superior en los hombres que en las mujeres (el 4,1 frente al 2,6%). (36)

Con relación a los factores de riesgo para las enfermedades crónicas, reportado en cinco países de América: Barbados, Canadá, Colombia, Cuba, y Estados Unidos, la prevalencia más alta de tabaquismo se presentó en Cuba (36.8%), la de consumo de alcohol en Barbados (17.9%), obesidad en Canadá (48%), seguido por Estados Unidos de América (23%) e inactividad física en Colombia (85%) (20).

La encuesta SABE informó con relación al hábito de fumar que las mujeres mantienen en todos los países porcentajes relativamente bajos en comparación con los hombres. Entre el 40 y 53% de los hombres y entre el 8 y 15% de las mujeres fueron fumadores en algún

momento de sus vidas aunque han dejado de fumar al presente. La proporción de individuos de edad mayor que son obesos varía entre el 35% en Montevideo y el 20% en Sao Paulo. Estas cifras son parecidas a aquellas reportadas en los Estados Unidos para individuos de 65 a 74 años de edad, con un porcentaje de 27%. Asimismo, en las cinco ciudades es significativamente más probable que las mujeres sean obesas que los hombres. El porcentaje de mujeres obesas de más de 60 años, varía entre 28% en Sao Paulo y 44% en Montevideo. El mismo porcentaje para hombres varía entre 9% en Brasil y 23% en Santiago. (8, 23)

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) reportó que uno de cada dos colombianos presenta exceso de peso; las cifras de exceso de peso aumentaron en los últimos cinco años en 5,3 puntos porcentuales (2005: 45,9% y 2010: 51,2%). El exceso de peso es mayor en las mujeres que en los hombres (55,2% frente a 45,6%); con relación a la práctica de actividad física regular la misma encuesta señala que solo una de cada tres personas cumplen con las recomendaciones de actividad física, las mujeres son quienes menos realizan actividad física y las personas de nivel socioeconómico más bajo (37).

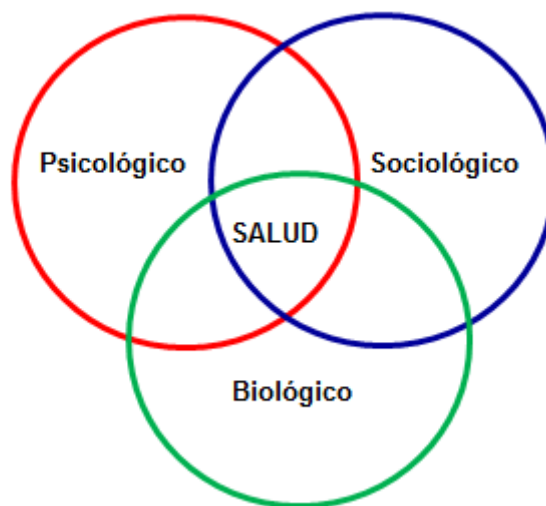
Tanto en el Departamento del Valle del Cauca, como en el municipio de Cali se han realizado estudios para determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas. En el Departamento en el año 2003, se encontró una prevalencia de HTA de 15.2 %, tabaquismo 14%; y sedentarismo en el 75% de la población. En Cali la encuesta realizada en el 2005, encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 13.7% y de diabetes de 6.8%, sedentarismo 73.3%, consumo de alcohol 35.1%, colesterol alto 27.3%, consumo de tabaco 14.8% y alimentación sana solo en el 10.8% de la población. (13)

3. MARCO TEORICO

Las teorías y los modelos son esenciales, entre otros fines, para definir y responder a preguntas válidas de investigación así como para definir objetivos e identificar grupos poblacionales o actores ecológicos susceptibles de ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y poblaciones. El uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren. Para explicar los resultados de esta investigación se tomó como referente teórico el modelo Biopsicosocial.

Las enfermedades crónicas son padecimientos que se desarrollan lentamente en los cuales las personas viven por largos periodos. Por lo regular son incurables, por tanto deben ser tratadas por el paciente y el medico en forma conjunta. Los factores psicológicos y sociales están relacionados con las causas de estas enfermedades. La idea de que la mente y el cuerpo en forma conjunta determinan la salud y la enfermedad lógicamente implica un modelo para el estudio de estos ámbitos, este modelo es llamado modelo biopsicosocial. Como su nombre lo dice el modelo asume que la enfermedad y la salud son consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. (38)

Figura 1 Modelo Biopsicosocial



Fuente: The Model of Biopsychosocial Evolution

En 1977, el psiquiatra Norteamericano, George Engel, propone el modelo biopsicosocial de enfermedad, en el que reconoce que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Pone de relieve que cada individuo está compuesto por células que se organizan en tejidos, órganos y aparatos, componente biológico. Es miembro de una familia, una comunidad, una cultura; componente social, y posee unas determinadas características mentales que lo hacen único, componente psicológico. (14, 15, 38)

El Modelo Biopsicosocial parte de la voluntad de integrar la totalidad de los factores determinantes del proceso de salud y enfermedad de los seres humanos, y en cierto sentido es consecuencia, por una parte, de la dilatada experiencia de los modelos centrados en un exclusivo enfoque biomédico o en el enfoque bio-psicomédico y, por otra parte de la constatación de las insuficiencias internas de estos. El enfoque biopsicosocial trata de superar las citadas limitaciones e incorpora al análisis e investigación de las conductas de salud y enfermedad todos los determinantes que son susceptibles de intervenir en ellas, tanto los internos al sujeto vinculados al plano biomédico o psicológico, como los que en principio son externos pero han sido interiorizados por la experiencia social o cultural de cada individuo. (14, 15, 38, 39)

Este modelo sostiene que la salud y la enfermedad son causados por múltiples factores y producen múltiples efectos. Más allá el modelo sostiene que la mente y el cuerpo no pueden ser distinguidos en asuntos de salud y enfermedad porque ambos son claras influencias sobre el estado de salud individual. Este referente teórico enfatiza tanto la salud como la enfermedad más que ver a la enfermedad como una desviación de la salud. Desde este punto de vista, la salud se convierte en aquello que se logra al atender a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales más que en algo que se acepta de antemano. Los factores biológicos, psicológicos y sociales son en su conjunto importantes en la determinación de la salud y la enfermedad. Como tal, tanto los procesos de macro nivel (como son la existencia de apoyo social, la presencia de depresión, etc.) Como los procesos de micro nivel (como son los desórdenes celulares o los desbalances químicos) interactúan para producir un estado de salud o enfermedad. (38)

El postulado básico del modelo Biopsicosocial, radica en que la interpretación de la enfermedad y la salud ha de hacerse en un contexto global en la organización de los sujetos y, a su vez, de estos en la organización social con que se encuentran vinculados. Los determinantes de la enfermedad y la salud y las respuestas del organismo son globales, y su tratamiento y prevención han de serlo igualmente.

3.1. Características del Modelo Biopsicosocial

La salud y la enfermedad son un continuum; las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia por lo tanto la función del médico, ya no sería solo curar enfermedades sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital. Es necesario considerar los aspectos psicológicos, sociales y culturales para reconocer como la enfermedad es experimentada, como se relata, como se expresa, y como afecta al individuo y su familia. (15)

3.2. Implicaciones clínicas del modelo biopsicosocial:

1. El modelo biopsicosocial sostiene que los procesos de diagnóstico siempre deben considerar el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales para determinar la salud o enfermedad de las personas; por tanto la aproximación de equipo interdisciplinario será la mejor forma para realizar un diagnóstico.
2. Las recomendaciones para el tratamiento debe también examinar los tres factores. Al hacerlo será posible determinar un tipo de terapia única para un individuo en particular considerando la condición total de la salud de la persona y haciendo recomendaciones de tratamiento que puedan lidiar con más de un problema de forma simultánea.
3. El modelo psicosocial hace explicito, lo significativo de la relación entre el paciente y su médico. Una relación médico paciente efectiva puede mejorar la utilización de los servicios por parte del paciente, así como la eficacia del tratamiento y la rapidez con la que se resuelva la enfermedad

3.3. Dimensión Biológica

Describe la conducta no solo en términos de actos, sino también de procesos y funciones, comparándolas con otras especies, la evolución del cerebro sus funciones y especializaciones, las diferencias y continuidad entre especies. Observar y describir el desarrollo de los procesos y funciones a lo largo de la vida de los individuos, estudiar y describir los mecanismos neuronales responsables de la conducta, aplicar los conocimientos obtenidos de sus estudios a la mejora de la calidad de vida y a la prevención y tratamiento de disfunciones y patologías (14, 38, 39).

Las variables biológicas que se analizarán en este estudio son la edad, sexo, el índice de masa corporal (IMC), la presencia y tipo de enfermedad crónica, el consumo de medicamentos.

3.4. Dimensión Psicológica

A través de la cual penetran y se instalan las estructuras culturales, educativas y sociales; el lenguaje, los instrumentos, herramientas, modos de vida y pautas de comportamiento social, entre otros constituyen los elementos clave por los que los seres humanos somos capaces de construir nuestra identidad cognitiva y social. La primera y básica fase para elaborar respuestas comportamentales del hombre radica en su capacidad para analizar, procesar y comprender la realidad. Solo así puede entenderse su capacidad para producir respuestas adaptadas a un entorno y realidad cambiantes, una condición básica para un comportamiento adaptado y saludable del hombre a su tiempo y realidad (38). En este estudio se incluirá la variable autopercepción de depresión ya que se ha reportado que la depresión es una situación frecuente en los adultos mayores con enfermedades crónicas y que esto contribuye a mayor carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura. (39-42)

3.5. Dimensión Social

La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica, los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados con numerosos factores. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistemico del organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte (14, 15). Se proponen un conjunto de factores de origen social, que explican las diferencias en el estado de salud de las personas y en sus expectativas de vida, y están relacionados con el ingreso personal o familiar, la exposición a riesgos de salud, la accesibilidad de los servicios sanitarios o las condiciones sanitarias del lugar de residencia, entre muchos otros (28, 29, 43). Las variables sociales que se incluyeron en este estudio fueron el estado civil, nivel educativo, escolaridad, estrato socioeconómico, afiliación en salud, familia, relaciones familiares y cuidadores; factores de riesgo del comportamiento como consumo de alcohol, tabaquismo y sedentarismo.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Estimar la prevalencia de enfermedades crónicas auto informadas en adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali.

4.2. Objetivos Específicos

Establecer la prevalencia de enfermedades crónicas por auto informe en Adultos Mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali

Describir factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con enfermedades crónicas en Adultos Mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali

5. METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló dentro del proyecto “Estado de Salud y análisis de macrodeterminantes en la comuna 18 de Cali, año 2009”. Estudio Financiado por la Fundación Universitaria San Martín y ejecutado por el Grupo de investigación en salud pública. Esta investigación empleó para su análisis la información recolectada de la población de los adultos mayores que hicieron parte del proyecto macro.

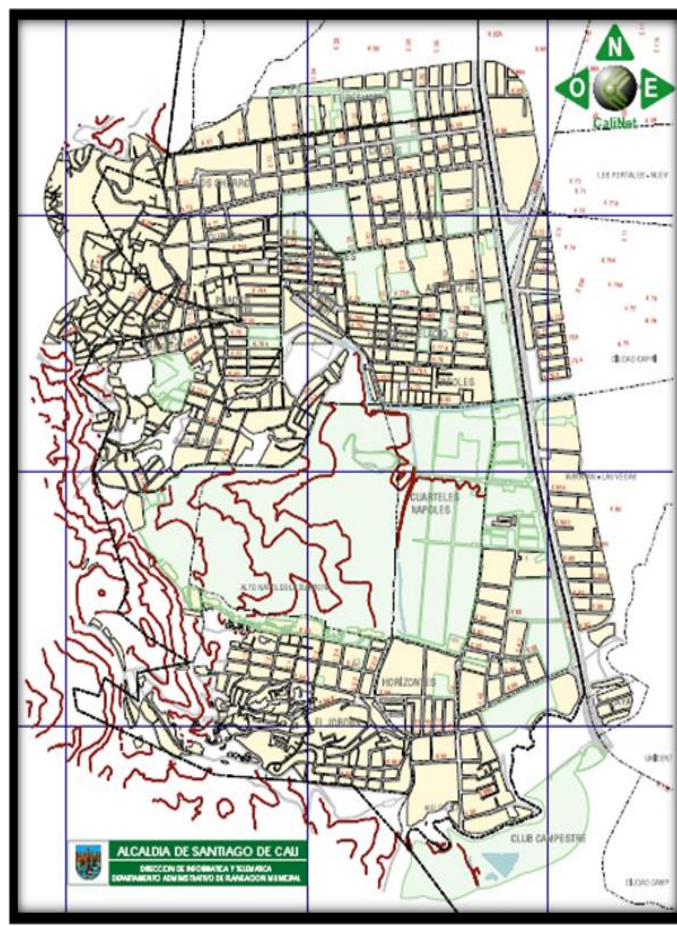
5.1. Diseño de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, a partir del análisis secundario de datos, obtenidos de un estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en los Adultos Mayores no institucionalizados que residían en la Comuna 18 de la ciudad de Cali durante el año 2009. El presente estudio determinó la prevalencia de las enfermedades crónicas auto informadas en esta población.

5.2. Área de Estudio

Este estudio se realizó en la Comuna 18 de Cali, ubicada al suroccidente de la ciudad de Santiago de Cali. Sus límites son, al Norte con la comuna 19, al Sur con el Corregimiento de La Buitrera, al Occidente con el pie de Monte de la Cordillera Occidental y al Oriente con la Calle 5 y la comuna 17, ubicada en una de las zonas de Ladera de Cali.

Figura 2 Mapa comuna 18 de Santiago de Cali



Fuente: Alcaldía Santiago de Cali. Secretaría de Desarrollo y Bienestar Social

5.3. Población Objetivo

Corresponde a la población de adultos mayores de 60 años, que residían en la comuna 18 de Santiago de Cali en el año 2009. La población de la comuna 18 para el año 2005 se estimó en 97250 residentes, en 26524 hogares y un número de viviendas estimado en 19.569. Del total de la población de la Comuna 18, el 48,1% eran hombres y el 51,9% mujeres. Los adultos mayores en esta comuna eran 7.376, de los cuales 3301 eran hombres y 4075 mujeres. La distribución de la población de la comuna según grupos de edad y sexo se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 Distribución de la población según género y grupos de edad, comuna 18 de Santiago de Cali, año 2005

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4	4,721	4,532	9,253
5 a 9	4,905	4,777	9,682
10 a 14	5,063	4,814	9,877
15 a 19	4,519	4,759	9,278
20 a 24	4,546	4,992	9,538
25 a 29	4,172	4,661	8,833
30 a 34	3,660	4,124	7,784
35 a 39	3,490	3,761	7,251
40 a 44	3,023	3,428	6,451
45 a 49	2,227	2,678	4,905
50 a 54	1,898	2,289	4,187
55 a 59	1,428	1,864	3,292
60 y más	3,301	4,075	7,376
Total	46,953	50,754	97,707

Fuente: Censo DANE 2005

5.3.1. Población de Estudio

La población del estudio estuvo conformada por los adultos mayores con edades de 60 y más años, no institucionalizados, residentes en la comuna 18 que hicieron parte de la muestra del macro proyecto “Estado de Salud y análisis de macrodeterminantes en la comuna 18 de Cali, año 2009”

5.3.2. Diseño de Muestreo

El tipo de diseño utilizado en el estudio “Estado de salud y análisis de macrodeterminantes en la comuna 18 de Cali, año 2009”, correspondió a una muestra compleja por conglomerados monoetápica en la cual se consideró la “manzana” como unidad de muestreo (44). El marco muestral correspondió a la base de datos de 495 registros de manzanas suministrados por la Secretaría de Planeación del municipio correspondiente al año 2006. El detalle del número de manzanas disponibles según estrato socioeconómico se presenta en la tabla 2.

Tabla 2 Número de manzanas según estrato socioeconómico para el diseño del muestreo

Estrato	Número de manzanas	Porcentaje (%)
Estrato 0	108	22
Estrato 1	122	25
Estrato 2	125	25
Estrato 3	140	28
Total	495	100

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal de Santiago de Cali

El número de unidades muestrales o conglomerados correspondió a treinta (30) manzanas o conglomerados conformados en promedio por 25 viviendas. Las características de las manzanas permitieron determinar el tamaño de muestra "n" de Adultos Mayores a incluir en el estudio. Las estimaciones anteriores estuvieron basadas en las cifras del censo DANE 2005.

Se consideró un (1) adulto mayor por cada 2.25 hogares, 1.1 hogar por vivienda, 25 viviendas por manzana y un total de 30 manzanas a entrevistar. Se tuvo en cuenta un factor de no respuesta para las manzanas de aproximadamente 15%, es decir 35 manzanas, en caso de que correspondiesen a parques, lotes, iglesias, o de no lograr la muestra establecida.

El tamaño de muestra para el estudio finalmente se calculó por medio del siguiente proceso:

5.3.3. Cálculo del tamaño de muestra.

El tamaño de muestra bajo un diseño de muestreo aleatorio simple se obtiene mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{(N * Z_{1-\alpha/2}^2) * (P * (1 - P))}{(E^2 * (N - 1)) + (Z_{1-\alpha/2}^2 * P(1 - P))}$$

Se toman en cuenta los siguientes parámetros:

- Confiabilidad de 95% ($Z_{1-\alpha/2}^2 = 1.96$),
- Error de estimación aproximado de: 7.2%,
- Prevalencia esperada de enfermedad crónica 50% con el fin de maximizar el tamaño de muestra y un N de adulto mayor de 7.376.
- Ajuste del tamaño de muestra obtenido a través del M.A.S. por el efecto del diseño, en este caso de 2 (dos):

Tamaño de muestra del Adulto Mayor =

$$n = \left(\frac{(N * Z_{1-\alpha/2}^2) * (P * (1 - P))}{(E^2 * (N - 1)) + (Z_{1-\alpha/2}^2 * P(1 - P))} \right) \times DEFF(2)$$

Para la selección de cada una de las manzanas se tuvo en cuenta la nomenclatura dada por el municipio de Santiago de Cali y la base de datos de manzanas organizada por estrato y barrio. El proceso de selección de las manzanas se realizó de manera sistemática según los estratos y barrios, con el fin de garantizar la representatividad y la inclusión equi-probabilística de las manzanas y de adultos mayores.

5.3.4. Fracción de muestreo

$$f = \frac{30}{387} = 0.078$$

No obstante una vez recolectada la muestra se presentaron porcentajes de no respuesta diferenciales por estrato, situación que llevó a realizar los respectivos ajustes por cobertura, de las probabilidades de inclusión y los pesos o factores de expansión.

Cálculos de la muestra planeada y la muestra final obtenida con las fracciones de muestreo y factores de expansión ajustados que se consideraron en el procesamiento y análisis estadístico.

Tabla 3 Muestra planeada, muestra final de manzanas y fracciones de muestreo total y por estrato

Estrato	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Total
Total de manzanas	122	125	140	387
Porcentaje	32	32	36	100
Manzanas planeadas	9	10	11	30
f (Fracción de muestreo, %)	7.8	7.8	7.8	7.8
Fracción de muestreo real (%)	4	8	14	9
Ponderación final	24,4	12,5	7,0	11,1
Ponderación final ajustada por no respuesta	24,4	12,5	7,0	11,1

Tabla 4 Tamaño de la muestra

Características	Numero	Error de Muestreo Máximo	Muestra Planeada mediante un MAS	Muestra planeada ajuste por población finita	Tamaño de muestra n ajustado por DEFF=2	Tamaño de muestra obtenido
No de Hogares	24049	4,8	410	403	806	808
Población total	97707	2,5	1537	1513	3026	3022
Niños (as) menores de 5 años	9253	10,2	93	92	185	184
Niños (as) de 5 a 14 años	19559	5,7	293	288	576	579
Hombres y Mujeres de 10 a 52 años	75379	3,1	1026	1012	2024	2019
Hombres y Mujeres de 10 a 59 años	80229	2,9	1111	1096	2192	2195
Hombres y Mujeres de 40 a 59 años	18835	5,4	326	320	640	639
Hombres y Mujeres de 60 y más años	7376	7,2	184	180	359	358

5.4. Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Ser residente habitual de la comuna 18 por un periodo mínimo de seis meses
- Estar en condiciones de aceptar bajo el consentimiento informado y responder la encuesta

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron del estudio adultos mayores que residieran en instituciones geriátricas
- Adultos mayores que presentaran hipoacusia severa que les impidiera la comunicación

Los adultos mayores que el día de la encuesta se encontraban hospitalizados o con una enfermedad aguda o crónica reagudizada, se les aplicó el instrumento después de la resolución de dicho evento.

5.5. Variables

Las variables consideradas en esta investigación apuntan a estimar la prevalencia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados. Con base en los referentes teóricos del Modelo Biopsicosocial, se agruparon las variables independientes como Biológicas, Psicologías y Sociales. Las tablas de Operacionalización de variables se muestran a continuación.

5.5.1. Definición de la variable dependiente

Tabla 5 Definición operacional de la variable dependiente

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	VALORES POSIBLES
Presencia de Enfermedad Crónica	Número y nombre de las enfermedades crónicas auto informadas por el adulto mayor	Categórica nominal	Enfermedad pulmonar crónica Artrosis Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Diabetes Cáncer Parkinson Cardiopatía Enfermedad arterial Demencia Trombosis

5.5.2. Definición de variables independientes

Tabla 6 Operacionalización de Variables Biológicas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	VALORES POSIBLES
Edad	Años cumplidos en el momento de la visita	Cuantitativa continua	60, 61, . . . , n años.
Sexo	Características fenotípicas de la persona	Categórica nominal	Femenino Masculino
IMC (índice de masa corporal)	Indicador del peso respecto a la talla	Cuantitativa continua	Bajo peso: IMC <19 Peso normal: IMC < 25 Sobrepeso: IMC entre 25-29.9 Obesidad: IMC > 30
Consumo de medicamentos	Consumo de sustancias con propiedades farmacológicas susceptibles de aplicación terapéutica.	Categórica nominal	Si No

Tabla 7 Operacionalización de variables Psicológicas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	VALORES POSIBLES
Presencia de depresión	depresión auto reportada por el adulto mayor	Categórica nominal	Si No

Tabla 8 Operacionalización de Variables sociales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	VALORES POSIBLES
Estado civil	Situación de la persona determinada por sus relaciones de familia o con otras personas	Categórica nominal	Casado (a) Soltero (a) Viudo (a) Unión libre Separado (a)
Nivel de estudios	Nivel máximo de escolaridad alcanzado	Categórica ordinal	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnico Universitario Otro
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)	Categórica ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3
Ocupación principal	Actividad principal del adulto mayor al momento de la entrevista	Categórica nominal	Pensionado Desempleado Trabajador Hogar Otra
Afiliación al sistema de salud	Régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud	Categórica nominal	Contributivo Subsidiado No afiliado Régimen de Excepción
Con quien vive	Persona o personas con las que vive el adulto mayor	Categoría nominal	Solo Acompañado
Cuidador	Tiene persona encargada del cuidado del adulto mayor	Categórica nominal	Si No
Relación con la familia	Percepción del adulto mayor de la relación con su familia	Categórica nominal	Excelente muy buena buena regular mala
Actividad física regular	Práctica de alguna actividad física mínimo 3 veces por semana	Categórica nominal	Si No
Consumo de tabaco	Consumo de cigarrillo	Categórica nominal	Fumador activo Fumador pasivo Ex-fumador Nunca fumador
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol en el último año	Categórica nominal	Consumidor Nunca bebedor Ex bebedor

5.6. Recolección de Información

La investigación “Autopercepción del estado de salud del adulto mayor de la comuna 18 de Santiago de Cali, durante el año 2009” utilizó un instrumento en el que se contemplaron diferentes variables y escalas de medición, las cuales hacen referencia a la valoración del estado de salud del adulto mayor, dentro de estas se encuentran; variables sociodemográficas, presencia de enfermedades crónicas, consumo de medicamentos, consumo de tabaco y alcohol. La presente investigación se desarrolló utilizando esta base de datos, previa autorización del Grupo de Investigación en Salud Pública (GISAP) y Comité de Ética de la Fundación Universitaria San Martín.

5.6.1. Trabajo de Campo

En el desarrollo del Macro proyecto se tuvo en cuenta el convenio interinstitucional entre la Fundación Universitaria San Martín y el Centro de Desarrollo Comunitario Alto Nápoles, vigente desde el 6 de mayo de 2003, que permitió liderar conjuntamente el desarrollo de este proyecto relacionado con la recolección de datos y validación de los resultados. Lo anterior se logró involucrando las directivas del Centro de Desarrollo Comunitario, líderes de la comunidad y otras instituciones como el Hospital Mario Correa y el Centro de Investigaciones CIMDER de la Universidad del Valle.

Para la selección y adiestramiento de los investigadores de campo se realizó la convocatoria, los cuales debían cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- Para los encuestadores (as) tener formación en el área de salud.
- Para los supervisores (as) de campo tener formación en el área de la estadística.
- Para la coordinación operativa, el requisito era ser profesional con experiencia en la Coordinación de trabajos de campo similares.

Se dictaron dos talleres de capacitación sobre los aspectos técnicos a aplicar en el Instrumento de recolección de la información. Esta capacitación fue impartida por el Investigador principal. Adicionalmente, el equipo de campo recibió entrenamiento en el manejo de la cartografía y la forma de realizar el reconocimiento de campo. Para tal fin se utilizó un instructivo para el reconocimiento de manzanas y la codificación de barrios y manzanas del municipio de Santiago de Cali.

Se realizó una prueba piloto orientada por el coordinador en un área geográfica similar a la de la comuna 18, donde se identificaron las debilidades en el manejo del instrumento en término de definiciones y forma de aplicar los instrumentos de medición; posteriormente se realizaron los respectivos ajustes al instrumento.

5.6.2. Control de la calidad de los datos

El control de la calidad de los datos, fue realizado con rigurosidad en la investigación original, para lo que se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

El supervisor de campo realizó el control de calidad de la información recolectada en terreno revisando el diligenciamiento del instrumento de recolección de la información y la veracidad de los datos contenidos. Al existir inconsistencias o datos incompletos, la encuesta era devuelta para corrección y nueva revisión con verificación directa del supervisor.

Los datos de las variables independientes y dependiente se codificaron para el ingreso de la información en la base de datos. Una vez digitada toda la información, se seleccionaron de manera aleatoria 10% de los instrumento de recolección de la información para realizar una nueva digitación y verificación con los datos digitados anteriormente.

La depuración de la información se llevó a cabo mediante la realización de distribuciones de frecuencia y tablas simples en cada una de las variables con el objeto de identificar los códigos errados e información inconsistente.

5.6.3. Procesamiento de los datos

Tomando la base de datos que se consolidó a través de las aplicaciones informáticas desarrolladas en el programa EPI_NFO 2002 versión 3.4. Se tomaron las variables de interés y se procesaron en el software estadístico SPSS versión 17

5.7. Plan de Análisis

Para las estimaciones realizadas se tuvo en cuenta el diseño de análisis de muestreo por conglomerados ya que este fue el método utilizado en el diseño muestral para el levantamiento de la información. Las variables se agruparon teniendo en cuenta el modelo Biopsicosocial, que hace referencia a tres grupos de variables biológicas, psicológicas y sociales.

Para describir las características biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores se realizaron tablas de frecuencias para las variables cualitativas acompañadas de sus intervalos de confianza del 95%, y para las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión.

Para estimar la prevalencia de enfermedades crónicas auto informadas en los adultos mayores se obtuvo el número de casos y se hallaron las proporciones según el tamaño de la población.

Para determinar los factores de riesgos relacionados con enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores se llevaron a cabo tablas de contingencia (Análisis bivariado), en donde se cruzaron los factores de tipo biológico, psicológico y social, con la presencia de enfermedad crónica. Dicha relación se determinó a través del estadístico de prueba chi-cuadrado y pruebas no paramétricas cuando no se cumplía el supuesto de normalidad. El valor de la significancia fue del 0,05.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de la investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki, las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS y la resolución N° 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, con las cuales se garantizó:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información.
- El consentimiento informado de los participantes en la Investigación

Con el propósito de garantizar la confidencialidad de la información no se guardó información sobre identificación personal (nombres o apellidos) en archivos computarizados y a cada encuesta se le asignó un código con secuencia numérica (Numero de encuesta). Sólo el grupo de investigadores tuvo acceso a la información, pero durante todo el procesamiento y análisis de los datos no se utilizarán los nombres de los participantes, no se tuvo ningún tipo de contacto directo o personal con los mismos.

Este proyecto fue aprobado por el comité de profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle y posteriormente por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, mediante Acta de Aprobación N° 01-012 del 6 de febrero de 2012. De igual manera, también fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Universitaria San Martín y se obtuvo autorización para el manejo de la base de datos del Grupo de Investigación en Salud Pública (GISAP), así como acompañamiento en el proceso de investigación dado que este es el autor intelectual del macroproyecto. Esta investigación fue clasificada como una investigación sin riesgo; teniendo en cuenta que no se tuvo contacto con los adultos mayores, ni se realizaron intervenciones o levantamiento de la información.

7. RESULTADOS

Como parte del macroproyecto “Estado de Salud y análisis de macrodeterminantes en la comuna 18 de Cali, año 2009” ejecutado por el Grupo de Investigación en Salud Pública de la Fundación Universitaria San Martín se desarrolló la investigación “Autopercepción del estado de salud del adulto mayor de la comuna 18 de Santiago de Cali, durante el año 2009” en este estudio se encuestaron 315 adultos mayores de 60 años de edad y más, con una tasa de respuesta del 100%. En esta población se identificaron factores socioeconómicos, familiares, presencia de enfermedades y toma de medicamentos, factores del comportamiento como actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol; se aplicaron diferentes mediciones entre ellas peso y talla lo que permitió determinar el índice de masa corporal. Utilizando esta información se desarrolló el estudio “Prevalencia de enfermedades crónicas auto informadas en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, año 2009”. Para este análisis se revisaron las encuestas, se depuró y completó la base de datos y se clasificaron y recodificaron las variables; a continuación se presentan los resultados, de acuerdo a los objetivos específicos planteados y teniendo en cuenta el modelo teórico Biopsicosocial.

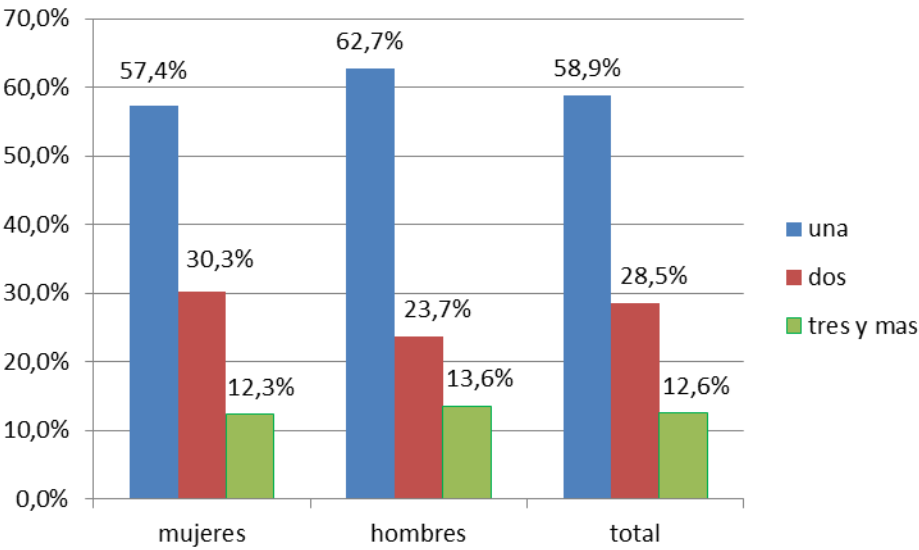
7.1. Prevalencia de enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Tabla 9 Prevalencia de enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

VARIABLES	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
¿Tiene alguna enfermedad crónica?										
No	52	27,11	20,64 - 34,72	49	44,73	34,99 - 54,89	101	33,42	27,79 - 39,55	0,005
Si	155	72,89	65,28 - 79,36	59	55,27	45,11 - 65,01	214	66,58	60,45 - 72,21	

La prevalencia de enfermedad crónica auto informada en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali fue del 66, 58% (IC 60,45-72,21), encontrándose una diferencia por sexo estadísticamente significativa dada por las mujeres quienes presentaron una mayor frecuencia del evento 72,89% (IC 65,28-79,36).

Grafico 1 Prevalencia de enfermedad crónica Auto informada agrupada en adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali



Del total de los Adultos Mayores que reportaron tener enfermedad crónica, 58,9% presento solo una enfermedad, 28,5% presentaba dos enfermedades y 12,6% presento tres y más enfermedades. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, dado que las mujeres presentaron un mayor número de Enfermedades Crónicas.

Tabla 10 Enfermedades crónicas auto informadas por los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Cantidad y nombres de las enfermedades crónicas auto reportadas por el adulto mayor	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
EPOC										
No	204	97,86	93,69 - 99,29	105	97,94	92,39 - 99,46	309	97,89	95,23 - 99,08	0,966
Si	3	2,14	0,71 - 6,31	3	2,06	0,54 - 7,61	6	2,11	0,92 - 4,77	
Artrosis										
No	173	84,87	78,28 - 89,72	104	96,04	88,49 - 98,71	277	88,87	84,28 - 92,24	0,014*
Si	34	15,13	10,28 - 21,72	4	3,96	1,29 - 11,51	38	11,13	7,76 - 15,72	
Falla renal										
No	201	97,19	93,22 - 98,86	107	99,03	93,07 - 99,87	308	97,84	95,1 - 99,07	0,311
Si	6	2,81	1,14 - 6,78	1	0,97	0,13 - 6,93	7	2,16	0,93 - 4,9	
Hipertensión Arterial										
No	85	41,02	32,89 - 49,69	63	54,92	44,81 - 64,64	148	46	38,67 - 53,51	0,016*
Si	122	58,98	50,31 - 67,11	45	45,08	35,36 - 55,19	167	54	46,49 - 61,33	
Diabetes										
No	179	87,64	81,2 - 92,09	96	88,69	78,26 - 94,47	275	88,02	82,72 - 91,85	0,825
Si	28	12,36	7,91 - 18,8	12	11,31	5,53 - 21,74	40	11,98	8,15 - 17,28	
Demencia										
No	203	98,55	96,33 - 99,43	107	99,03	93,2 - 99,87	310	98,72	97,08 - 99,44	0,723
Si	4	1,45	0,57 - 3,67	1	0,97	0,13 - 6,8	5	1,28	0,56 - 2,92	
Cáncer										
No	203	98,55	95,84 - 99,5	107	99,03	92,94 - 99,87	310	98,72	96,68 - 99,51	0,721
Si	4	1,45	0,5 - 4,16	1	0,97	0,13 - 7,06	5	1,28	0,49 - 3,32	
Parkinson										
No	205	99,39	97,51 - 99,85	104	97,39	93,02 - 99,05	309	98,68	97,05 - 99,41	0,082
Si	2	0,61	0,15 - 2,49	4	2,61	0,95 - 6,98	6	1,32	0,59 - 2,95	
Trombosis										
No	206	99,7	97,73 - 99,96	107	98,1	87,52 - 99,74	313	99,13	95,78 - 99,82	0,146
Si	1	0,3	0,04 - 2,27	1	1,9	0,26 - 12,48	2	0,87	0,18 - 4,22	
Enfermedad Arterial										
No	186	90,96	86,26 - 94,16	100	92,58	83,85 - 96,77	286	91,54	87,78 - 94,22	0,674
Si	21	9,04	5,84 - 13,74	8	7,42	3,23 - 16,15	29	8,46	5,78 - 12,22	
Cardiopatía										
No	197	95,73	91,15 – 98	97	89,59	81,83 - 94,26	294	93,53	90 - 95,87	0,068
Si	10	4,27	2 - 8,85	11	10,41	5,74 - 18,17	21	6,47	4,13 – 10	

El análisis desagregado de las enfermedades crónicas auto informadas en los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 muestra que las enfermedades de mayor prevalencia fueron en su orden, hipertensión arterial 54% (IC 46,49-61,33), diabetes mellitus 11,98% (IC 8,15-17,28), artrosis 11,13% (IC 7,76-15,72), enfermedad arterial 8,46% (IC 5,78-12,22), cardiopatía 6,47% (IC 4,13-10), falla renal 2,16% (IC 0,93-4,9), Enfermedad pulmonar Crónica 2,11% (IC 0,92-4,77), demencia 1,28% (IC 0,56-2,92), Parkinson 1,32% (IC 0,59-2,95) y cáncer 1,28% (IC 0,49-3,32). Por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en hipertensión arterial y artrosis. Las mujeres presentaron frecuencias más altas en la mayoría de enfermedades crónicas excepto en cardiopatías, párkinson y trombosis, en las que los hombres presentaron mayor frecuencia.

7.2. Descripción de las características biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Tabla 11 Características biológicas de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Sexo	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
Grupos de Edad										
60-64	50	25,63	19,35 - 33,12	25	22,32	15,53 - 30,98	75	24,45	19,59 - 30,05	0,77
65-74	93	43,89	36,5 - 51,56	47	44,53	34,61 - 54,9	140	44,12	37,69 - 50,75	
75 o más	64	30,48	23,48 - 38,51	36	33,16	24,42 - 43,23	100	31,44	25,27 - 38,34	

En las variables biológicas sexo y edad, encontramos que el 64.2% (IC 58.8-69.3) de los adultos mayores eran de sexo femenino y por edad la mayor concentración se encontraba en el grupo de los 65 a 74 años con 44,1% (IC 37,7-50,7).

Tabla 12 Clasificación del índice de masa corporal en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Clasificación del IMC	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
Bajo peso	7	4,11	1,93 - 8,53	1	0,54	0,08 - 3,83	8	2,84	1,37 - 5,77	0,004*
Peso normal	55	26,75	20,42 - 34,2	49	47,4	33,71 - 61,49	104	34,14	27,43 - 41,55	
Sobrepeso	90	43,42	36,78 - 50,3	45	39,77	27,26 - 53,78	135	42,11	34,49 - 50,13	
Obesidad	50	24,2	18,03 - 31,66	12	11,74	6,14 - 21,3	62	19,74	15,18 - 25,27	
Sin evaluar	5	1,52	0,66 - 3,45	1	0,54	0,08 - 3,83	6	1,17	0,56 - 2,41	

En el componente biológico también están incluidas las variables clasificación del índice de masa corporal (IMC) y consumo de medicamentos. En cuanto a las características nutricionales de los Adultos Mayores, se encontró que el 42,11% (IC 34,49-50,13) presentó sobrepeso, y el 19,74% (IC 15,18-25,27) obesidad, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa por sexo, dado que las mujeres presentaron mayor frecuencia de exceso de peso.

Tabla 13 Consumo de medicamentos en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

¿Consume algún medicamento?	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
No	30	17,49	11,92 - 24,93	36	34,15	24,78 - 44,96	66	23,45	17,95 - 30,03	0,002
Si	177	82,51	75,07 - 88,08	72	65,85	55,04 - 75,22	249	76,55	69,97 - 82,05	

La frecuencia de consumo de medicamentos que presento la población de Adultos Mayores fue del 76,55% (IC 69,97-82,05), las mujeres presentaron una mayor frecuencia 82,51% (IC 75,07-88,08), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

7.3. Características psicológicas de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009.

Tabla 14 Autopercepcion de depresión en los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

¿En la actualidad está usted Deprimido?	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	N	%	IC95	N	%	IC95	n	%	IC95	
Si	91	42,89	36,14 - 49,91	37	34,7	25,78 - 44,84	128	39,96	34,88 - 45,26	0,20
No	116	57,11	50,09 - 63,86	71	65,3	55,16 - 74,22	187	60,04	54,74 - 65,12	

En el componente Psicológico se evaluó la Autopercepcion de depresión en adultos mayores y se encontró que el 39,96% (IC 34,88-45,26) de ellos se encontraba con este evento, siendo la mayor frecuencia en las mujeres con un 42,89% (IC 36,14-49,91), sin ser diferentes estadísticamente por sexo.

7.4. Características sociales de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Variables Sociales	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
Estado Civil										
Casado(a)	59	26,93	19,23 - 36,33	60	54,1	44,12 - 63,77	119	36,66	29,1 - 44,94	0,00*
Separado	20	10,52	6,66 - 16,23	8	6,5	3,15 - 12,92	28	9,08	5,82 - 13,89	
Soltero	40	19,22	13,49 - 26,64	12	12,74	6,84 - 22,48	52	16,9	13,03 - 21,63	
Unión Libre	7	4,07	1,57 - 10,18	11	11,7	4,56 - 26,87	18	6,8	2,82 - 15,5	
Viudo	81	39,25	29,71 - 49,7	17	14,96	8,66 - 24,61	98	30,56	22,98 - 39,36	
Estrato Socioeconómico										
1	23	24,34	13,97 - 38,92	14	26,58	17,5 - 38,19	37	25,14	16,19 - 36,86	0,39
2	82	44,46	31,33 - 58,4	51	49,61	37,13 - 62,14	133	46,3	34,42 - 58,61	
3	102	31,21	22,23 - 41,85	43	23,81	15,61 - 34,55	145	28,56	20,73 - 37,93	
Nivel Educativo										
Bajo	198	97,03	93,69 - 98,63	95	88,61	80,33 - 93,68	293	94,02	90,91 - 96,1	0,00*
Alto	9	2,97	1,37 - 6,31	13	11,39	6,32 - 19,67	22	5,98	3,9 - 9,09	
Afiliación en Salud										
Ninguno	4	2,45	0,8 - 7,26	6	4,12	1,85 - 8,95	10	3,05	1,44 - 6,33	0,57
Contributivo	136	56,83	45,77 - 67,24	71	60,45	49,84 - 70,17	207	58,13	49,64 - 66,16	
Subsidiado	67	40,73	29,94 - 52,48	31	35,42	25,7 - 46,52	98	38,83	30,57 - 47,78	
Ocupación										
Otra	4	3,2	1,17 - 8,45	2	2,87	0,69 - 11,11	6	3,08	1,3 - 7,15	0,00*
Desempleado	5	2	0,74 - 5,25	14	13,33	7,79 - 21,88	19	6,05	3,82 - 9,46	
Trabajador	5	3,27	1,19 - 8,63	22	19,4	12,47 - 28,9	27	9,04	6,23 - 12,94	
Hogar	152	73,53	63 - 81,92	24	27,26	17,57 - 39,72	176	56,97	49,35 - 64,27	
Pensionado	41	18,01	11,77 - 26,57	46	37,14	27,31 - 48,17	87	24,86	19,09 - 31,68	

El 46,3% (IC 34,4-58,6) de los adultos mayores residía en estrato socioeconómico 2. Respecto a la afiliación en salud el 97% de los adultos mayores se encontraban afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, de estos el 58,1% (IC 49,6-66,2) en la categoría de régimen contributivo. Las anteriores variables no presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Para determinar el nivel educativo se empleó una variable politómica con siete posibles categorías, las cuales se reagruparon en una nueva variable dicotómica que fueron nivel educativo bajo (ninguno, primaria incompleta, primaria completa, bachillerato incompleto, bachillerato completo) y nivel educativo alto (técnico y universitario), se encontró que la mayor frecuencia de adultos mayores presentaban un nivel educativo bajo con el 94% (IC 90,9-96,1), las mujeres presentaron menor nivel educativo 97% (93,69-98,63). El estado civil que predominó fue el casado con el 36,7% (IC 29,1-44,9); la frecuencia de adultos mayores sin pareja (solteros, separados, divorciados, viudos) es mayor en las mujeres con un 69%. En estas variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Respecto a la ocupación el 57% (IC 49,35-64,27) de los Adultos Mayores se dedicaba a las labores del hogar, principalmente las mujeres; la frecuencia de adultos mayores que recibían una pensión era mayor en hombres que en mujeres, 37,14% y 18% respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 15 Características familiares de los adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

VARIABLES	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
¿Con quién vive?										
Solo	7	3,87	1,78 - 8,22	7	5,52	2,95 - 10,12	14	4,46	2,66 - 7,39	0,459
Acompañado	200	96,13	91,78 - 98,22	101	94,48	89,88 - 97,05	301	95,54	92,61 - 97,34	
¿Tiene Cuidador?										
No	179	86,33	80,3 - 90,73	99	91,53	81,71 - 96,32	278	88,19	82,97 - 91,97	0,249
Si	28	13,67	9,27 - 19,7	9	8,47	3,68 - 18,29	37	11,81	8,03 - 17,03	
¿Cómo considera la relación con su familia?										
Mala	13	7,13	3,68 - 13,34	6	5,91	2,35 - 14,05	19	6,69	4,03 - 10,91	0,748
Buena	194	92,87	86,66 - 96,32	102	94,09	85,95 - 97,65	296	93,31	89,09 - 95,97	

Respecto a las características familiares se encontró que el 95,54% (IC 92,61-97,34) de los Adultos Mayores viven acompañados y el 88,19% (IC 82,97-91,97) no tienen cuidador. Por otra parte, para valorar la percepción de la relación de los Adultos Mayores con su familia se empleó una variable politómica con cinco posibles categorías, las cuales se reagruparon en una nueva variable dicotómica que fueron buena percepción (excelente, muy buena y buena) y mala percepción (regular y mala). Se encontró que la mayoría de los Adultos Mayores, el 93,31% (IC 89,09-95,97) percibía una buena relación con su familia. Para este grupo de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Tabla 16 Consumo de alcohol, tabaco y actividad física en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Variables	Femenino (207)			Masculino (108)			Total (315)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
¿Con respecto al consumo de alcohol usted?										
No Consume Alcohol	168	84,07	78,32 - 88,51	53	53,5	43,71 - 63,02	221	73,13	67,82 - 77,84	0*
Consume Alcohol	22	8,63	5,77 - 12,71	34	25,87	19,09 - 34,04	56	14,8	11,67 - 18,59	
Ex Bebedor	17	7,31	4,08 - 12,76	21	20,64	13,74 - 29,79	38	12,08	8,27 - 17,3	
¿Con respecto al consumo de tabaco?										
No Fuma	139	68,59	60,89 - 75,38	34	31,67	22,71 - 42,23	173	55,37	47,95 - 62,57	0*
Fumador Pasivo	4	1,21	0,26 - 5,55	1	0,97	0,14 - 6,54	5	1,13	0,34 - 3,71	
Fumador Activo	7	3,6	1,6 - 7,88	13	11,43	6,58 - 19,13	20	6,4	4,13 - 9,8	
Ex Fumador	57	26,6	19,46 - 35,22	60	55,93	47,02 - 64,46	117	37,1	30,79 - 43,87	
¿Participa usted al menos tres veces por semana en alguna Actividad deportiva o hace ejercicio?										
No	163	80,01	73,34 - 85,34	66	57,8	49,05 - 66,08	229	72,06	66,74 - 76,82	0*
Si	44	19,99	14,66 - 26,66	42	42,2	33,92 - 50,95	86	27,94	23,18 - 33,26	

Con relación a los factores del comportamiento, consumo de alcohol, tabaco y práctica de actividad física regular (mínimo 3 veces por semana) se encontró que el 14,8% (IC 11,67-18,59) de los adultos mayores consumía bebidas alcohólicas al momento del estudio y el 12,08% (IC 8,27-17,3) habían consumido bebidas alcohólicas en el pasado; los hombres presentaron mayor frecuencia tanto de consumo actual 25,87% (IC 19,09-34,04) como de exposición en el pasado (ex bebedor) 20,64% (IC 13,74-29,79). Con relación al consumo de tabaco el 37,1% (IC 30,79-43,87) había fumado y el 6,4% (IC 4,13-9,8) continuaba haciéndolo; con mayor frecuencia en el sexo masculino. El 72,06% (IC 66,74-76,82) de los adultos mayores no practicaba actividad física regular, los hombres presentaron una mayor frecuencia de práctica de actividad física regular 42,2% (IC 33,92-50,95) frente a un 19,99% (14,66-26,66) en las mujeres. Siendo las variables anteriores diferentes estadísticamente por sexo.

7.5. Factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con enfermedades crónicas auto informadas en adultos mayores no Institucionalizados de la comuna 18 de la Ciudad de Santiago de Cali, 2009

Se analizó la presencia de enfermedad crónica con los factores biológicos, psicológicos y sociales de los adultos mayores, los resultados se presentan a continuación:

7.5.1. Enfermedad crónica auto informada y factores biológicos de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Tabla 17 Factores biológicos relacionados con enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Sexo	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			
	n	%	IC95	n	%	IC95	p
Femenino	52	52,1	42,4-61,7	155	70,3	63,1-76,6	0,005*
masculino	49	47,9	38,3-57,6	59	29,7	23,4-36,9	
Edad							
60-64	25	22,99	16,26 - 31,45	50	25,18	18,75 - 32,93	0,732
65-74	47	42,54	33,71 - 51,87	93	44,91	36,29 - 53,85	
75 o mas	29	34,48	24,99 - 45,39	71	29,91	22,99 - 37,88	

En la tabla anterior se muestra la relación entre las variables biológicas edad y sexo y la frecuencia de enfermedad crónica; donde se observa que existe asociación estadísticamente significativa por sexo, el 70,3% (IC 63,1-76,6) de las mujeres evaluadas informaron presentar enfermedad crónica. Respecto a la edad se observa que existe una mayor prevalencia de enfermedad crónica en los mayores de 65 años.

Tabla 18 Relación del índice de masa corporal y enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009

Enfermedad Crónica * IMC	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	
Bajo Peso	4	4,2	1,4 - 11,8	4	2,1	0,7 - 6,3	0,004*
Peso Normal	48	48,4	34,9 - 62,1	56	27	21,2 - 33,6	
Sobrepeso	38	37,2	29,0 - 46,2	97	44,6	36,1 - 53,4	
Obesidad	10	9,6	4,3 - 19,9	52	24,8	18,7 - 32,3	
Sin Evaluar	1	0,6	0,1 - 4,1	5	1,5	0,6 - 3,4	

Al analizar la relación entre enfermedad crónica y la clasificación del índice de masa corporal en los adultos mayores encontramos una asociación estadísticamente significativa. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se relacionó con la presencia de enfermedad crónica. 69,4% de los adultos mayores con enfermedad crónica presentaban exceso de peso.

7.6. Enfermedad crónica auto informada y factores psicológicos de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Tabla 19 Relación entre auto percepción depresión y enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009

¿En la actualidad está usted Deprimido?	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	
Si	30	28,3	19,9 - 38,5	98	45,8	39,6 - 52,1	0,006*
No	71	71,7	61,5 - 80,1	116	54,2	47,9 - 60,4	

La frecuencia de depresión en los adultos mayores con enfermedad crónica fue del 45,8% (IC 39,6- 52,1), encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y la presencia de enfermedad crónica.

7.7. Enfermedad crónica auto informada y factores sociales de los adultos mayores no institucionalizados de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Tabla 20 Relación entre factores sociales y enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali

Enfermedad Crónica * Variables Sociales	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			p
	n	%	IC95	n	%	IC95	
Estrato Socioeconómico							
1	16	32,54	19,59 - 48,85	21	21,43	12,11 - 35,06	0,211
2	39	40,63	26,67 - 56,28	94	49,14	36,69 - 61,71	
3	46	26,84	17,35 - 39,06	99	29,42	20,95 - 39,61	
Nivel Educativo							
Bajo	92	91,47	84,31 - 95,53	201	95,29	91,83 - 97,33	0,155
Alto	9	8,53	4,47 - 15,69	13	4,71	2,67 - 8,17	
Régimen de Afiliación en Salud							
Ninguno	8	7,03	3,27 - 14,47	2	1,05	0,26 - 4,11	0,062
Contributivo	60	55,31	41,49 - 68,36	147	59,54	49,72 - 68,64	
Subsidiado	33	37,65	24,38 - 53,08	65	39,42	30,32 - 49,31	
Estado Civil							
Casado(a)	37	38,08	25,32 - 52,72	82	35,94	26,53 - 46,58	0,22
Separado	6	5,41	2,15 - 12,96	22	10,92	6,89 - 16,88	
Soltero	25	23,59	16,66 - 32,3	27	13,54	8,9 - 20,07	
Unión Libre	5	4,29	1,44 - 12,06	13	8,06	3,05 - 19,64	
Viudo	28	28,63	19,57 - 39,81	70	31,53	22,1 - 42,78	

Con respecto a las variables sociales y enfermedad crónica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo vale la pena resaltar que el 49,1% (IC 36,69-61,71) de los adultos mayores con enfermedad crónica residía en el estrato dos, 95,29% (IC 91,83-97,33) presentaban un bajo nivel educativo, el 99% se encontraba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por estado civil el 44% se encontraba unido (casado, unión libre).

Tabla 21 Características familiares y enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali, 2009

Enfermedad Crónica * Variables Familiares	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			
	n	%	IC95	n	%	IC95	p
¿Con quién vive?							
Solo	3	3,2	0,86 - 11,14	11	5,1	2,7 - 9,42	0,545
Acompañado	98	96,8	88,86 - 99,14	203	94,9	90,58 - 97,3	
¿Tiene Cuidador?							
No	95	91,23	77,58 - 96,9	183	86,67	79,15 - 91,76	0,479
Si	6	8,77	3,1 - 22,42	31	13,33	8,24 - 20,85	
¿Cómo considera la relación con su familia?							
Mala	12	13,11	7,3 - 22,41	7	3,47	1,68 - 7,01	0,001*
Buena	89	86,89	77,59 - 92,7	207	96,53	92,99 - 98,32	

Al analizar la relación de las características familiares con la presencia de Enfermedad crónica, se encontró que el 94,9% (IC 90,58-97,3) de los adultos mayores vivían acompañados y el 86,67% (IC 79,15-91,76) de ellos no tenían cuidador. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre enfermedad crónica y relación con la familia.

Tabla 22 Factores de riesgo del comportamiento y enfermedad crónica auto informada en adultos mayores de la comuna 18 de Santiago de Cali 2009

Enfermedad Crónica	Sin Enf. Crónica (101)			Con Enf. Crónica (214)			
	N	%	IC95	n	%	IC95	p
¿Participa usted al menos tres veces por semana en alguna Actividad deportiva o hace ejercicio?							
No	63	64,62	53,64 - 74,25	166	75,79	69,15 - 81,39	0,062
Si	38	35,38	25,75 - 46,36	48	24,21	18,61 - 30,85	
¿Con respecto al consumo de tabaco usted?							
No fuma	52	55,45	41,93 - 68,22	121	55,33	47,98 - 62,46	0,072
Fumador pasivo	2	1,63	0,39 - 6,59	3	0,88	0,21 - 3,67	
Fumador activo	11	11,15	5,69 - 20,72	9	4,02	2,19 - 7,26	
Ex fumador	36	31,77	22,93 - 42,15	81	39,77	32,39 - 47,65	
¿Con respecto al consumo de alcohol usted?							
No Consume Alcohol	74	79,59	72,54 - 85,2	147	69,88	62,87 - 76,08	0,028*
Consume Alcohol	23	15,71	10,49 - 22,86	33	14,34	10,68 - 18,97	
Ex Bebedor	4	4,7	1,69 - 12,37	34	15,78	10,64 - 22,78	

En relación con los factores del comportamiento, solo se encontró asociación estadísticamente significativa con consumo de alcohol, sin embargo las otras dos variables están muy cerca al punto de corte para encontrar la asociación. Llama la atención que el 75,79% de los Adultos Mayores con enfermedad crónica no cumplían la recomendación en actividad física regular y el 39,77% (IC 32,39-47,65) habían estado expuestos al consumo de tabaco.

8. DISCUSION

Tres fenómenos se están desarrollando a escala mundial; la transición demográfica, la globalización y la urbanización; estos cambios en la dinámica de la población y de los estilos de vida han generado una epidemia de enfermedades crónicas que amenaza el desarrollo económico, social y la salud de millones de personas en todo el mundo. La mayor frecuencia de enfermedades crónicas se presenta en los países de ingresos bajos y medios y en la población con menor nivel educativo y bajas condiciones socioeconómicas. En países de América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer son la principal causa de mortalidad temprana y discapacidad (6, 21). La presencia de enfermedad crónica afecta la calidad de vida de las personas y las familias que las padecen, ya que estas tienen una asociación directa con dificultades para realizar actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD) (9).

Esta investigación determino la prevalencia de enfermedades crónicas auto informadas y de factores de riesgo relacionados en adultos mayores no institucionalizados de la Comuna 18 en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, durante el año 2009. En esta población encontramos una prevalencia total de enfermedades crónicas auto informadas del 66.6%, de las cuales el 59% de ellos presentaba una sola enfermedad crónica, el 29,6% hasta dos enfermedades crónicas y el 11,4% presentaba tres y más enfermedades crónicas. El estudio multicentrico SABE, evaluó el estado de salud de los adultos mayores en América Latina y el Caribe, este es el estudio más grande realizado en Adultos Mayores de la región; en el que se encontró una prevalencia de enfermedad crónica auto informada de entre 30% la más baja encontrada en Sao Paulo a 35% la mayor prevalencia encontrada en Buenos Aires y Santiago (8). La prevalencia para tres y más enfermedades crónicas estuvo entre 11% en México a 20% en Montevideo y Sao Paulo (4). En España 63,1% de las mujeres y 57,5% de los hombres mayores presentaban al menos una enfermedad crónica (19). Según estos datos la prevalencia de enfermedad crónica en los Adultos Mayores de la comuna 18 es mayor a la auto reportada por adultos mayores en otros países de la región y similar a la encontrada en España. La ausencia de enfermedad crónica en la comuna 18 fue del 27.1% en mujeres y 44.7% en hombres; en la encuesta SABE se observaron resultados similares en las mujeres, entre 15% y 27%, en tanto que para los hombres varía entre 27% y 38%.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia entre los adultos mayores de la comuna 18, con un 54%; por sexo la prevalencia de hipertensión arterial fue mucho mayor en mujeres 59%, que en hombres 45%. La prevalencia de hipertensión arterial en esta comunidad fue mayor a la reportada en el país por la Encuesta Nacional de demografía y salud 2010 la cual fue del 45% (11) y por la encuesta SABE en donde se observó una prevalencia de hipertensión arterial del 43%

en todos los países (8). De igual manera en Adultos Mayores de España, la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente en ambos sexos, 35,1% de las mujeres y 23,6% de los hombres, presentaban hipertensión, (19). En Cuba se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 55 % (24), la única similar a la encontrada en la comuna 18.

La segunda enfermedad en prevalencia en los adultos mayores de este estudio fue la Diabetes mellitus con una frecuencia del 12%, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la prevalencia fue del 11% (11) y en la encuesta SABE estuvo entre el 12 al 22% (8, 23). Finalmente las enfermedades del corazón y las enfermedades respiratorias crónicas fueron las que presentaron menor prevalencia en los Adultos Mayores de la comuna 18, el 6,5% y 2,1% respectivamente, estas prevalencias son muy inferiores respecto a las reportadas por la ENDS 2010 que para enfermedades del corazón informo una prevalencia de 16% y para las enfermedades pulmonares 10% (11). En la encuesta SABE la prevalencia para enfermedades del corazón fue del 10 al 34% y para enfermedades pulmonares entre 4% a 13% (8, 23).

Otra característica encontrada en el estudio, la cual es compartida con otras investigaciones es la diferencia por grupos de edad, sexo y tipo de enfermedad crónica. Los adultos mayores en edades entre los 65 a 74 años y las mujeres, tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Por tipo de enfermedad y sexo, las mujeres presentaron prevalencias más altas de hipertensión, diabetes mellitus, artrosis, falla renal, demencia y cáncer y los hombres enfermedades del corazón, párkinson y trombosis.

Se ha identificado que los principales factores de riesgo para Enfermedades Crónicas están relacionados con el comportamiento y son prevenibles y modificables, hablamos del tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta poco saludable, el sedentarismo y el exceso de peso; sin embargo factores relacionados con las condiciones sociales, económicas, políticas, las condiciones de vida y de trabajo, el ambiente, la educación, el acceso a los servicios de salud y los medicamentos esenciales; son determinantes clave tanto para el desarrollo de enfermedades crónicas como para la aparición de sus complicaciones (31, 32). En este estudio encontramos una asociación entre la presencia de enfermedad crónica y el exceso de peso, el consumo de alcohol y la presencia de depresión. En los Adultos Mayores con enfermedad crónica el 69.5% presentaban exceso de peso y el 75,8% no practicaban actividad física regular. Resultados similares se reportaron en los países de América Latina y el Caribe en donde entre el 50% y 60% de los adultos presentaban exceso de peso y 30% al 60% de la población no realizaba el mínimo de actividad física recomendado (8). Las mujeres presentaron mayor frecuencia en exceso de peso e inactividad física y los hombres mayor consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. En la encuesta SABE la prevalencia más alta de tabaquismo se presentó en Cuba (36.8%) y la de consumo de alcohol en Barbados (17.9%). La encuesta SABE también informo con relación al

habito de fumar que las mujeres mantienen en todos los países porcentajes relativamente bajos en comparación con los hombres. En el Departamento del Valle del Cauca en el año 2003, se encontró una prevalencia de tabaquismo de 14%; y sedentarismo en 75% de la población (13). En Cali la encuesta sobre Factores de Riesgo del Comportamiento realizada en el año 2005, reporto sedentarismo en 73.3% de la población, consumo de alcohol en 35.1% y consumo de tabaco 14.8%.

Por la naturaleza crónica de este tipo de enfermedades, los Adultos Mayores que las padecen requiere de supervisión y cuidados, redes de apoyo familiares y sociales que faciliten y promuevan la adherencia al tratamiento farmacológico y el autocuidado, también se ha documentado que en los Adultos Mayores que padecen enfermedades crónicas es mucho más frecuente la presencia de depresión. Con relación a los factores del orden psicosocial en este estudio se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la familia y la presencia de depresión; encontramos que 94,9% de los adultos mayores que presentaban enfermedad crónica vivían acompañados, pero 86,67% no tenían cuidador, por lo que podría suponerse que el acompañante del adulto mayor muy seguramente era su conyugue o pareja, también adulto mayor. Con relación a la presencia de depresión y enfermedad crónica encontramos que el 45.8% de los adultos mayores con enfermedad crónica presentaban depresión.

En resumen, encontramos en nuestra comunidad un panorama similar a lo que está ocurriendo en la región de las Américas y en otros países del mundo con la población de Adultos Mayores y sus condiciones de vida, de salud y el comportamiento de las enfermedades crónicas y los factores relacionados, sin embargo en nuestra comunidad se está presentando una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, estas diferencias pueden estar dadas por las bajas condiciones socioeconómicas y los bajos niveles educativos que caracterizaron a esta población; sin embargo los factores de riesgo del comportamiento como consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo y el exceso de peso también están presentes en nuestros Adultos Mayores.

8.1. Fortalezas y debilidades

Las fortalezas del estudio están relacionadas con la metodología, la cual fue cuidadosamente aplicada y los datos faltantes o en los que se tenían dudas fueron consultados en la encuesta original lo que permitió tener una base de datos muy precisa para el análisis.

Las características del área geográfica y de la población estudiada permitieron la implementación de la técnica de muestreo por conglomerados monoetápica.

El estudio realizó un análisis a partir de los constructos del modelo Biopsicosocial y podría decirse que este es uno de los principales aportes ya que estudios previos en la región solo han contemplado factores de riesgo comportamentales principalmente para enfermedad cardiovascular, en población mayor de 18 años, no en la población de adultos mayores.

Se podría considerar como debilidad el hecho de haber realizado este estudio en un grupo poblacional con características sociales y económicas particulares y en población de Adultos Mayores no institucionalizados, residentes en la zona urbana; lo que posiblemente limita la validez externa de los resultados obtenidos.

Esta investigación al ser un estudio observacional de corte transversal, no permite obtener conclusiones sobre la temporalidad de la asociación entre las diferentes variables estudiadas y la variable dependiente enfermedad crónica. Asimismo este estudio determino la prevalencia de enfermedad crónica auto informado, no determino la situación de enfermedad crónica diagnosticada, sin embargo los estudios de prevalencia de enfermedad crónica por auto informe continúan siendo de gran utilidad para la salud pública.

8.2. Implicaciones para la Salud Publica

La prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y de sus principales factores de riesgo ha sido declarada como una prioridad para la salud pública mundial, ya que estas representan cerca del 60% de la carga mundial de enfermedad y afectan principalmente a los países de ingresos medios y bajos, con consecuencias negativas en el desarrollo socioeconómico, incluidos los individuos, las familias y la sociedad en general. (7)

Es así como en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud impulso la estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles. La estrategia busca identificar las regiones más afectadas, analizar sus determinantes sociales, económicos, comportamentales y políticos; especialmente en las poblaciones pobres; reducir el nivel de exposición de los individuos y las poblaciones a los factores comunes de riesgo como el consumo de tabaco, una dieta malsana y la falta de actividad física, y sus determinantes e intensificar la atención sanitaria a las personas con enfermedades no transmisibles. (6)

Para el logro de estos objetivos se han venido desarrollando estrategias como el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del Alcohol. (33-35) A nivel regional la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana del 2002,

reconoce la creciente problemática de las enfermedades crónicas en las Américas y llama la atención sobre la importancia de documentar la carga que representan las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, en respuesta a esto la OPS desarrollo la Estrategia Regional y el Plan de Acción que incluye los lineamientos de la Estrategia Mundial. (45)

En Colombia el Plan Nacional de Salud Pública, Decreto número 3039 de 2007; definió entre sus objetivos evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, así como enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica. Para el desarrollo de esta política de Salud se definieron cuatro líneas de acción que incluye, la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública; entre otros. Este Plan define diez objetivos y entre ellos se plantea disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades y mejorar la situación nutricional, se contemplan estrategias para el incremento de la actividad física, para incrementar la edad de inicio del consumo del tabaco, fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles. (10)

Las enfermedades crónicas tienen un fuerte vínculo con los determinantes sociales, como la pobreza y el analfabetismo, las condiciones de vida y de vivienda, el empleo, la exclusión social y servicios de salud por lo tanto las estrategias para la prevención de estas enfermedades deben considerar estos factores, los diferentes contextos y circunstancias. Estas estrategias deben dirigirse a toda la población y en particular a los segmentos de mayor riesgo y vulnerabilidad. (46)

En este sentido las políticas públicas deben enfocarse al mejoramiento de las condiciones de vida que incluyan oportunidades de empleo, educación, nutrición, salud y reducción de la pobreza. Desde una perspectiva de salud pública, es importante reconocer que para que las personas puedan establecer cambios de estilo de vida (dejar de fumar, tener una dieta saludable, realizar actividad física) necesitan por lo menos educación primaria. Sólo entonces estarán en posición intelectual para recibir dichos mensajes, entenderlos y actuar sobre ellos. (46)

Las estrategias para la prevención y control de enfermedades crónicas incluyen medidas que permitan incrementar la disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables, desarrollar infraestructura urbana que promueva la actividad física, políticas que no solo regulen la comercialización de productos como el tabaco y las bebidas alcohólicas, que también promuevan y apoyen comportamientos saludables como dejar de fumar. Las políticas preventivas y los servicios de salud deben dirigir sus acciones a la detección temprana en población de riesgo, incluyendo el tratamiento y seguimiento; en la población general se debe mejorar el acceso a los programas de promoción de la salud. (46)

8.3. Futuros Estudios

Debido a la característica del diseño del estudio, no se pueden establecer relaciones de causalidad entre las diferentes variables y la presencia de enfermedad crónica, se requiere de estudios longitudinales para este objetivo.

9. CONCLUSIONES

- ✓ En este estudio encontramos una mayor prevalencia de enfermedad crónica auto informada en la población de adultos mayores comparada con la reportada en estudios similares. Los Adultos Mayores en edades entre los 65 a 74 años y las mujeres son los más afectados por estas condiciones; las mujeres presentaron menor nivel educativo y menores ingresos; también menor consumo de tabaco y alcohol, menor práctica de actividad física regular y por lo tanto mayor exceso de peso.
- ✓ En los adultos mayores de la comuna 18, las mujeres presentaron prevalencias más altas de hipertensión, diabetes mellitus, artrosis, falla renal, demencia y cáncer y los hombres enfermedades del corazón, párkinson y trombosis
- ✓ Se observó una asociación estadísticamente significativa entre enfermedad crónica y la presencia de exceso de peso, consumo de alcohol y depresión. Estos factores de riesgo del comportamiento son junto con el tabaquismo los responsables del más del 80% de la carga de enfermedad crónica a nivel mundial.
- ✓ Los Adultos Mayores con enfermedades crónicas no demuestran cambios en sus estilos de vida ya que en ellos encontramos una alta prevalencia de factores de riesgo del comportamiento que no solo se relacionan con el desarrollo de estas enfermedades, también con sus complicaciones y limitaciones.
- ✓ Las condiciones socioeconómicas y el bajo nivel educativo de los Adultos Mayores influyen en la adopción de comportamientos de riesgo y en el conocimiento de poder transformarlos hacia estilos de vida saludables, por lo tanto las intervenciones de salud pública deben considerar la relevancia de estos factores.

10. REFERENCIAS

1. United Nations. Population Division. Department of economic and social. World Population Ageing. 2009
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Envejecimiento. Envejecimiento en las Américas proyecciones para el siglo XXI. 2011
3. Organización Mundial de la Salud. Departamento de promoción de la salud, prevención y vigilancia de las enfermedades no contagiosas. Salud y Envejecimiento. 2001
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción 2004
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital.
6. Organización Panamericana de la Salud. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases. 2007
7. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2010
8. Albala C, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica. 2005
9. Menéndez J GA, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):353–61
10. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Publica. Decreto 3039. 2007
11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2002
13. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública. Gobernación del Valle del Cauca. Proyecto Vigilancia de las enfermedades crónicas en el Valle del Cauca. Énfasis en cardiovasculares: Un enfoque desde la promoción de la salud. 2003.
14. Nieto J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. 2004

15. Shelley E. Psicología de la Salud. University of California, los Angeles. Mac Graw Hill. Sexta edición
16. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(1):1–9
17. Banco Mundial. Las Prioridades de la Salud. 2006
18. Freudenberg N, Olden K. Getting Serious About the Prevention of Chronic Diseases. Prev Chronic Dis.
19. Gonzalo E, Pasarin M. La Salud de las Personas Mayores. Gac Sanit 2004;vol.18 núm Supl.1
20. Escobar C. La iniciativa CARMEN: la respuesta de América Latina ante el problema de las enfermedades crónicas. 2008
21. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas.
22. Organización Panamerica de la Salud. La Iniciativa CARMEN. 2003
23. Albala C, Lebrao M, León E, Ham-Chande R, Hennis A, Palloni A. Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2001
24. Alfaoro O, Ruiz F. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. BIOFARBO. 2010; vol.18, no.2.
25. Torres R, Gran Álvarez M. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2005
26. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Indicadores de Salud. 2009
27. Alcaldia de Santiago de Cali. Departamento de Planeación Municipal. Cali en Cifras. 2011
28. Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). Revista médica de Chile. 2011;139:1276-85.
29. Regional Office for Europe of the World Health Organization. Social determinants of health. The solid facts. Second edition. 2003
30. Balaguer Vintró I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Revista Española de Cardiología. 2004;57(06):487-94

31. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. Revista Española de Cardiología. 2008;61(10):1030-40
32. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Ginebra. 2003
33. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Regimen Alimentario, Actividad Física y Salud. 2004
34. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2003
35. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol. 2010
36. Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni A, Espinosa Brito A, Landrove Rodríguez O, Peraza Alejo D, Orduñez García P. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. MediSur. 2010;8:56-9.
37. Ministerio de la Protección social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Primera edición. 2011
38. Borrelli C, Frances C. The Model of Biopsychosocial Evolution. Med Clin 2002;vol.119 núm 05
39. Kathleen Stassen B. Psicología del Desarrollo, Adultez y Vejez. Bronx Community College City University of New York. Editorial Medica Panamericana. Séptima edición
40. García F. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Revista PsicologiaCientificacom. 2007;9(57).
41. Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Revista Peruana de Epidemiología. 2010; 14: 86-90.
42. Urbina J, Flores J, García M, Torres L, Torrubias R. Síntomas Depresivos en Personas Mayores. Prevalencia y Factores Asociados. Gac Sanit;2007;21:37-42
43. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global. 2009
44. Zapata H, Cubides A, López M, Pinzón E, Filigrana P, Cassiani C. Muestreo por Conglomerados en Encuestas Poblacionales. Rev salud pública. 2010;13 (1): 14 -151
45. Organización Panamericana de la Salud. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana: Respuesta de Salud Pública a las Enfermedades Crónicas. 2002.

46. Organización Mundial de la Salud. Equity, social determinants and public health programmes.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado de la Investigación

AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNA 18 DE SANTIAGO DE CALI, DURANTE EL AÑO 2009

La Fundación Universitaria San Martín se encuentra realizando un estudio en adultos mayores de 60 años de la Comuna 18 de la ciudad de Santiago de Cali, con el objetivo de establecer su autopercepción de salud a través de una serie de preguntas, en las cuales darán su opinión libre y espontánea acerca de su estado de salud.

Se espera que esta investigación pueda producir conocimiento sobre las necesidades de salud del adulto mayor de la comuna 18. La información que sea suministrada por usted será utilizada exclusivamente para los fines de la investigación en cuestión y se guardará bajo estricta confidencialidad. Si usted participa no le ocurrirá ningún daño, no se le dará ningún tipo de medicamento, no se le realizarán pruebas de laboratorio en muestras de sangre, orina o de otras partes de su cuerpo. Usted no tendrá que pagar ningún dinero por participar en el estudio y de igual forma no recibirá beneficio monetario por parte de los investigadores.

Entienda que es libre de rehusar participar en el proyecto ahora o abandonarlo en una fecha posterior de la investigación en el momento que lo desee, así sea en el transcurso de la misma si lo encuentra conveniente, sin afectar los servicios médicos que son usualmente disponibles para usted.

Autorizo a los investigadores para que empleen la información suministrada para la realización del presente estudio y otros estudios, además, también para que me contacten con el fin de complementar o aclarar alguna información.

El tiempo aproximado de la encuesta será de 40 minutos.

Participante

Testigo 1

Testigo 2

CC

CC

CC

Si tiene alguna duda o pregunta puede llamar al Dr. José Mauricio Ocampo Coordinador de Investigación, teléfono 3313834 y el Dr. Helmer de Jesús Zapata Co-investigador, teléfono 3152037

Anexo 2. Encuesta Empleada para el Estudio

Encuestador _____	Número de Encuesta _____	Fecha de Visita DD MM AAAA
----------------------	-----------------------------	-------------------------------

N1 Departamento	N2 Municipio	N3 Area	N4 Comuna	N5 Barrio	N6 Manzana	Vivienda	Familia	No Ancianos
--------------------	-----------------	------------	--------------	--------------	---------------	----------	---------	-------------

1. VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICOS									
Nombres y Apellidos _____					Sexo		M F		
Fecha de Nacimiento		DD MM AAAA		Edad (Años Cumplidos) _____		Estrato Socioeconómico _____			
Teléfono Fijo _____		No Celular _____		Familiar _____					
Estado Civil: Marque con una X - Según corresponda									
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Unión Libre	
Nivel de Estudio: Marcar con X según estudios hechos									
<input type="checkbox"/> Primaria Incompleta		<input type="checkbox"/> Primaria Completa		<input type="checkbox"/> Bachiller Incompleto		<input type="checkbox"/> Bachiller Completo			
<input type="checkbox"/> Técnico		<input type="checkbox"/> Universitario		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> No Recuerda	
<input type="checkbox"/> No Total años estudio									
No de personas con las que vive: Marque con una X									
<input type="checkbox"/> Solo		<input type="checkbox"/> Compañero(a) Esposo(a)		<input type="checkbox"/> Familiares		<input type="checkbox"/> Amigo(as)		<input type="checkbox"/> No Total de Personas	
<input type="checkbox"/> Otros comparten la vivienda									
Tiene Cuidador <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
Si marco SI, Cual es su relación con el cuidador									
<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Hijo		<input type="checkbox"/> Hija		<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Sobrino		<input type="checkbox"/> Hermano (a)							
Ocupación Principal : Marque con una X Según la actividad del adulto mayor									
<input type="checkbox"/> Pensionado		<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Trabajador		<input type="checkbox"/> Hogar		<input type="checkbox"/> Otra	
Afiliación al SGSS: Marque con X Según su tipo de afiliación									
<input type="checkbox"/> Contributivo		<input type="checkbox"/> Subsidiado		<input type="checkbox"/> No Afiliado					
Si marco Contributivo, marque su tipo de afiliación									
<input type="checkbox"/> Cotizante		<input type="checkbox"/> Beneficiario		<input type="checkbox"/> Adicional					
Percepción de relación con la familia: Como considera la relación con su Familia?									
<input type="checkbox"/> Excelente		<input type="checkbox"/> Muy buena		<input type="checkbox"/> Buena		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Mala	

2. VARIABLES BIOLÓGICAS

A. Presencia de enfermedad Crónica

Cantidad y nombres de las enfermedades crónicas auto reportadas a la persona

Tiene alguna enfermedad crónica ☐ SI ☐ NO

B. Medicamentos Utilizados

Nombre y tipo de la prescripción de los medicamentos utilizados por la persona

Consumo algún medicamento ☐ SI ☐ NO

Enfermedad	SI	NO	Medicamento	PC	AP
------------	----	----	-------------	----	----

1. Epoc (Bronquitis / Enfisema)					
--	--	--	--	--	--

2. Enfermedad de Parkinson					
-------------------------------	--	--	--	--	--

3. Artrosis					
-------------	--	--	--	--	--

4. Enfermedad Cerebrovascular					
----------------------------------	--	--	--	--	--

5. Incontinencia Urinaria					
------------------------------	--	--	--	--	--

6. Varices					
------------	--	--	--	--	--

7. Enfermedad Renal Crónica					
--------------------------------	--	--	--	--	--

Enfermedad	SI	NO	Medicamento	PC	AP
------------	----	----	-------------	----	----

8. Incontinencia Fecal					
---------------------------	--	--	--	--	--

9. Hipertensión Arterial					
-----------------------------	--	--	--	--	--

10. Cardiopatías					
------------------	--	--	--	--	--

11. Diabetes					
--------------	--	--	--	--	--

12. Cáncer					
------------	--	--	--	--	--

13. Otra					
----------	--	--	--	--	--

Total Enfermedades					
--------------------	--	--	--	--	--

Total Medicamentos					
--------------------	--	--	--	--	--

C. Consumo de tabaquismo / Exposición a humo

Con respecto al consumo de tabaco usted es:

☐ Fumador Activo

☐ Ex fumador

☐ Nunca Fumador

Si dejó de fumar, hace cuanto que usted dejó de fumar: _____

Cuántos cigarrillos se fumaba usted en el día : _____

Si usted fuma, hace cuanto que usted fuma (años): _____

Cuántos cigarrillos se fuma usted en el día (Unidades): _____

Exposición a algún tipo de humo? ☐ SI ☐ NO

Cuál? _____

D. Consumo de alcohol

Con respecto al consumo de alcohol usted es:

☐ Abstemio

☐ Consumidor Ocasional

☐ Consumidor Habitual

B. Presencia de deterioro cognoscitivo

Presencia de compromiso en las funciones cognoscitivas valorada mediante el examen mínimo mental o Mini-mental test (marcar con X las respuestas afirmativas).

Examen Mínimo Mental (Mini-mental Test)		
FUNCIÓN COGNOSCITIVA		Puntaje
ORIENTACIÓN		
/ 5. Diga en qué:	1. Año nos encontramos	(1)
	2. Mes	(1)
	3. Día	(1)
	4. Día / sem.	(1)
	5. Hora	(1)
/ 5. En qué:	1. País nos encontramos	(1)
	2. Ciudad	(1)
	3. Departamento	(1)
	4. Barrio (lugar)	(1)
	5. Piso	(1)
MEMORIA		
/ 3. Diga tres nombres: <u>casa</u> , <u>mesa</u> , <u>árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada uno. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos _____		(3)
ATENCIÓN Y CÁLCULO		
/ 5. Restar 100 - 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta. (93, 86, 79, 72, 65). Decir los meses del año al revés (diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto, realizar uno u otro: (números o meses).		(5)
EVOCACIÓN		
/ 3. De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.		(3)
LENGUAJE		
/ 2. Denominar dos objetos (<u>reloj</u> , <u>lápiz</u>)		(2)
/ 1. Repetir: <u>en un trigal había cinco perros</u>		(1)
/ 3. Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja con su mano derecha</u> , <u>dóblela por la mitad</u> y <u>póngala en el suelo</u> "		(3)
Lea y obedezca las siguientes órdenes:		
/ 1. "Cierre los ojos"		(1)
/ 1. "Escriba una frase"		(1)
/ 1. "Copie el diseño"		(1)
PUNTAJE		/30

4. Variables funcionales

A. Capacidad funcional en el aspecto físico

Ejecución de actividades dedicadas al cuidado personal y la supervivencia

CAPACIDAD FUNCIONAL (ABC FÍSICO): INDICE DE BARTHEL					
Alimentación 1	I Lavado (baño) 1	1	Vestirse	1 Arreglarse	Deposición

B. Capacidad funcional en el aspecto instrumental

Ejecución de actividades dedicadas a la interacción con el medio ambiente y necesarias para la vida independiente en la comunidad.

Con respecto a las siguientes preguntas responder si las puede realizar o no:

La información obtenida con esta escala también será utilizada para el análisis en este trabajo.

Escala De Lawton Y Brody			Puntaje
Usar el teléfono	Lo usa por iniciativa propia, busca y marca los número, etc	1	
	Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1	
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	
	No utiliza el teléfono en absoluto	0	
Ir de compras	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	
	Realiza independientemente pequeñas compras	0	
	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	
	Totalmente incapaz	0	
Preparar comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por si mismo adecuadamente	1	
	Prepara adecuadamente las comidas si se le dan los ingredientes	0	
	Prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada	0	
	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0	
Cuidado de la casa/Tareas domesticas	Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	
	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	
	Idem. anterior, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1	
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0	
	No participa en ninguna labor de la casa	0	
Lavado de la ropa	Lava por sí mismo toda su ropa	1	
	Lava por sí mismo pequeñas prendas (ropa interior, etc.)	1	
	Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro	0	
Uso de transporte	Viaja solo en trasporte público o conduce su propio coche	1	
	Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	
	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0	
	No viaja en absoluto	0	
Medicación	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	
	Toma su medicación si se le prepara con antelación y en dosis separadas	0	
	No es capaz de administrarse su medicación	0	
Manejo de dinero	Maneja asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1	
	Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en grandes compras, bancos	1	
	Incapaz de manejar dinero	0	
Puntaje total			

5. Síndromes geriátricos

A. Caídas y casi caídas

El efecto de llegar a permanecer en forma no intencionada en la tierra, el piso u otro nivel más bajo. Excluye caer contra el mobiliario, las paredes u otras estructuras.

En el último año estuvo a punto de caer y alcanzó a agarrarse? (casi caída)

Si ☐ No ☐

Sí, cuántas veces?

Número: _____

En el último año se ha caído al piso? (caída)

Si ☐ No ☐

Sí, cuántas veces: _____

Lugar de la caída: _____

B. Temor a caer

Baja percepción de autoeficacia para evitar caídas durante las ABC esenciales y no peligrosas.

Valorada mediante las preguntas: Tiene temor a caer:

Ninguno ☐ Poco ☐ Regular ☐ Mucho ☐

Por miedo a caer ha suspendido alguna actividad que usualmente realizaba?

Si ☐ No ☐

Sí cuál: _____

C. Fragilidad

Sedentarismo

Las siguientes preguntas se realizan para saber si un anciano es sedentario: Si contesta NO a la primera (es sedentario) y se continua hasta que conteste SI a alguna. Las instrucciones siempre van antes

1. ¿Participa usted al menos tres veces por semana, en alguna actividad deportiva o hace ejercicio como nadar, trotar, jugar tenis, montar en bicicleta, hacer aeróbicos, clases de gimnasia u otras actividades, que le causen sudoración o que lo dejen sin respiración?

Si ☐ No ☐

2. ¿Camina usted al menos tres veces por semana entre 9 y 20 cuerdas (1.6 Km) sin descansar?

Si ☐ No ☐

3. ¿Camina usted al menos tres veces por semana menos de 8 cuerdas (0.5 Km) sin descansar?

Si ☐ No ☐

Auto informe de fatiga o debilidad

Actualmente se siente débil o fatigada-o:

Si ☐ No ☐

Pérdida de peso no intencionada

Ha perdido peso de manera no intencionada en los 3 meses anteriores:

Ha perdido:

Entre 1 y 3 kg > 3 kg

No sabe:

Velocidad de la marcha

Pregunta	Valor
Tiempo empleado para caminar 6 metros (en segundos)	
Velocidad de marcha (6 metros/tiempo empleado en 6 metros)	
Número de pasos caminados en 6 metros	

Fuerza de agarre

Medida por medio de dinamómetro

5. Variables resultado**A. Autopercepción del estado de salud**

Percepción que tiene la persona sobre su estado de salud

En general diría usted que su salud es:

Excelente		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
-----------	--	-----------	--	-------	--	---------	--	------	--